

Werner Kovermann

Vergleichende Analyse der verbalen Methoden
der sozialpädagogischen Jugendberatung und
Jugendlichenpsychotherapie:
Psychoanalyse, dynamische Psychotherapie
und Gesprächspsychotherapie

1978

1980

Erziehungswissenschaft

Vergleichende Analyse der verbalen Methoden
der sozialpädagogischen Jugendberatung und
Jugendlichenpsychotherapie: Psychoanalyse,
dynamische Psychotherapie und Gesprächs-
psychotherapie

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der

Philosophischen Fakultät
der

Westfälischen Wilhelms-Universität
zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von

Werner Kovermann
aus Hameln

1978

Tag der mündlichen Prüfung: 14.7.1978

Dekan: Prof. Dr. Maria Elisabeth BROCKHOFF

Referent: Prof. Dr. J. HENNINGSSEN

Korreferent: Prof. Dr. D. BENNER



INHALTSVERZEICHNIS

Seite:

I. Konflikte und Problemlagen Jugendlicher und ihre Institutionalisierung durch modellhafte Aktivitäten der Jugendhilfe als Jugendberatung	1
0. Vorbemerkungen	1
1. Das "Jongeren Advies Centrum" in Amsterdam als exemplarisches Beispiel der Entwicklung modellhafter Aktivitäten in der Jugendberatung	6
1.1 Zur Situation der Jugendberatung in den Niederlanden gegen Ende der sechziger Jahre	8
1.2 Das Beratungskonzept des JAC-Amsterdam: Sozio-Diagnostik und Beratung	9
1.2.2 Konzept der Beratung und Psychotherapie im JAC	13
1.2.3 Interne Organisationsstruktur des JAC für soziale Aktionen	18
2. Modellhafte Aktivitäten der Jugendberatung in der Bundesrepublik Deutschland	23
2.1 Die anonyme Sprechstunde des Jugendamtes	24
2.2 Die Jugendberatung in Jugendinformationszentren	28
2.2.1 Ziele und Aufgabenbereiche eines Jugendinformationszentrums anhand der Untersuchung von Ortrud ZETTEL (1972)	28
2.2.2 Das "Jugend-Info-Zentrum" in Recklinghausen von 1971 bis 1974	30
2.2.2.1 Sozio-Diagnostik im JIZ Recklinghausen	31
2.2.2.2 Beratungsaktivitäten des JIZ Recklinghausen	32
2.3 Prophylaktische Informations- und Beratungsangebote in Jugendfreizeitheimen am Beispiel eines Jugendheimes in München	33
2.4 Jugendberatung für spezielle Zielgruppen: Arbeiterjugendliche und Randgruppen am Beispiel Berlin	36

II

	Seite:
2.4.1 Beratung für Arbeiterjugendliche in Berlin	37
2.4.2 Jugendberatung für randständige Jugendliche in Berlin	39
2.5 Das Modell einer kombinierten Drogen- und Jugendberatungsstelle in Stuttgart	40
3. Problemfelder der Jugendberatung	44
3.1 Arbeits- und Berufsprobleme im Jugendalter	46
3.1.1 Aspekte in der Problematik der Berufswahl und Berufsausbildung Jugendlicher	46
3.1.2 Ziele einer offensiven Jugendhilfe für die berufliche Sozialisation Jugendlicher	50
3.1.3 Arbeits- und Berufsprobleme in der Biographie eines Jugendlichen	52
3.2 Familienkonflikte im Jugendalter	60
3.2.1 Soziologische Aspekte der Familiensozialisation Jugendlicher	61
3.2.2 Zwei Zielkonzepte einer "geglückten" Familiensozialisation	64
3.2.2.1 Familienpolitische Ziele einer "geglückten" Familiensozialisation aus dem "Zweiten Familienbericht" (1975)	66
3.2.2.2 Jugendpolitische und sozialpädagogische Ziele einer offensiven Jugendhilfe aus "Mehr Chancen für die Jugend" (1974)	68
3.2.3 "Pathologie" der Familiensozialisation auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Familienforschung RICHTERS	73
II. Vergleich der verbalen Methoden der sozialpädagogischen Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie	80
1. Die Methodenreflexion in den Erziehungswissenschaften	80
1.1 Methoden des Unterrichts	80
1.2 Methodenlehren der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	85

1.2.1	Der Methodenbegriff der klassischen amerikanischen Sozialarbeit von FRIEDLÄNDER/PFAPFENBERGER (1974)	86
1.2.3	Beratungskonzepte der Erziehungs- und Eheberatung als Netzlösungen für Jugendberatungsinstitutionen	92
2.	Vergleich der Techniken verschiedener Schulen der Psychoanalyse für die sozialpädagogische Jugendberatung	97
2.0.1	Vergleichende Darstellungen der Psychotherapie	97
2.0.2	Vergleichende Psychotherapieforschung des Psychoanalytikers FÜRSTENAU (1972a)	100
2.0.3	Zur Vorgehensweise unserer vergleichenden Analyse von Beratungsmethoden	110
2.1	Die orthodoxe Schule der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Anna FREUD	112
2.1.1	Die Technik der orthodoxen Erwachsenenpsychoanalyse	115
2.1.2	Die Technik der Jugendlichenpsychotherapie der psychoanalytischen Anna-FREUD-Schule	120
2.2	Ein idealtypisches Behandlungsmodell der psychoanalytischen Anna-FREUD-Schule: EISSLER (1966)	141
2.2.1	Diagnostische Differenzierung	142
2.2.2	Flexible Technik	144
2.3	Vergleich der Technik der Jugendlichenpsychoanalyse der Melanie-KLEIN-Schule mit der Anna-FREUD-Schule	154
2.3.1	Die Technik der Jugendlichenbehandlung der Melanie-KLEIN-Schule	158
2.4	Die analytisch orientierte Jugendlichenpsychotherapie des Franzosen MALE (1964)	164
2.4.1	Das Behandlungskonzept von MALE	164
2.4.2	Die Pubertätskrise und ihre Behandlung	169
2.4.3	Die Neurosen-therapie bei Adoleszenten	173

2.4.4	Symptomatologie der Präschizophrenie und Schizophrenie	177
2.4.5	Die Behandlung der Präschizophrenie bei Jugendlichen	182
2.5	Vergleich der Technik der Jugendlichenbehandlung von Annemarie DÜHRSEN aus der SCHULTZ-HENCKE-Schule mit der orthodoxen Anna-FREUD-Schule	187
2.5.1	Technische Empfehlungen der analytischen Psychotherapie von Annemarie DÜHRSEN	192
2.5.1.1	Klientenregeln der analytischen Jugendlichenpsychotherapie	194
2.5.1.2	Therapeutenregel der analytischen Jugendlichenpsychotherapie	201
2.5.2	Kritik der SCHULTZ-HENCKE-Schule an der klassischen Trieblehre Sigmund FREUDs	229
2.5.2.1	Die Antriebslehren von SCHULTZ-HENCKE und Annemarie DÜHRSEN	231
2.5.2.2	Theorie der Gehemmtheiten der einzelnen neo-psychoanalytischen Antriebsarten	239
3.	Die Lernprozesse der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie in der sozialpädagogischen Jugendlichenpsychotherapie und Jugendberatung	281
3.0.1	Zur Geschichte und Indikation/Kontraindikation der Gesprächspsychotherapie	281
3.0.2	Das Konzept der Prozeßskala zur Beschreibung der Lernprozesse des Klienten im Verlauf der Gesprächspsychotherapie	297
3.1	Die Personenbeziehungen des Klienten und seine therapeutische Beziehung	301
3.1.1	Die W-Variable als operationalisierte Therapeutenregel der therapeutischen Beziehung	314
3.2	Klienten- und Therapeutenregeln über Gefühle oder motivationale Lernprozesse	316
3.2.1	Gefühle und gefühlsmäßige Meinungen als Funktionsbereich des Klienten	316

3.2.1.1	"Spezifität" und "Konkretheit" der Selbstexploration als "Undifferenziertheit der Klienten-Äußerungen" (Schwartz)	323
3.2.1.2	"Intensität" der Selbstexploration (Schwartz)	325
3.2.1.3	Selbstexploration durch "gefühlsbezogene Selbstreferenzen" (Schwartz)	326
3.2.1.4	"Gefühlsmäßige Nähe" (Schwartz) des Klienten zur Selbstexploration	331
3.2.1.5	Spontaneität der Selbstexploration bzw. "Unspontaneität des Sprechens" (Schwartz)	335
3.2.1.6	"Akzeptierung eigener Gefühle" (Schwartz) bei der Selbstexploration	343
3.2.2	Die Therapeutenregeln der GPT über die Verbalisierung von Gefühlen und andere Vorschriften für den Therapeuten	353
3.2.2.1	Die Therapeutenregel "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte"	353
3.2.2.2	Weitere Therapeutenregeln	360
3.3	Der Lernbereich des Experiencing: Bewusstseins-erweiterung oder Lernen, bewußter zu leben	362
3.4	Inkongruenz als psychischer Funktionsbereich	369
3.4.1	Inkongruenz und die Therapeutenempfehlung zur Echtheit und Selbstkongruenz	372
3.5	Selbstbewußtsein oder "Kommunikation über das Selbst"	378
3.6	Erfahrungskonstrukte: Kreatives Lernen	382
3.7	Beziehung zu Problemen: Willenserziehung zur Verantwortung und moralisches Lernen	391
4.	Die Techniken der Verhaltenstherapie für die sozialpädagogische Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie	402
5.	Ein Konzept einer inhaltlichen Struktur von Lernprozessen in der sozialpädagogischen Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie	416

	Seite:
5.1 Motivationales Lernen	416
5.1.1 Psychotherapie der verschiedenen Neurosen	420
5.1.2 Behandlungsvorschläge bei sexuellen Schwierigkeiten und Störungen	430
5.2 Soziales und dissoziales Lernen	439
5.3 Berufliches Lernen	444
5.4 Wissenschaftliches Lernen	457
 Anmerkungen	 488
Literatur	498

I. Konflikte und Problemlagen Jugendlicher und ihre Institutionalisierung durch modellhafte Aktivitäten der Jugendhilfe als Jugendberatung

O. Vorbemerkungen

In der Mitte der siebziger Jahre ist in den Bereichen von Schule und Sozialarbeit/Sozialpädagogik eine Diskussion um die Hilfsform der 'Beratung in der Erziehung' wiederaufgegriffen worden, die bereits um die Jahrhundertwende und nach dem Ersten Weltkrieg von der Sozialpädagogik unter dem Begriff der Erziehungsberatung geführt wurde und zu einem Aufbau eines eigenständigen Beratungswesens für Eltern und ihre Kinder durch Erziehungsberatungsstellen und ergänzende Einrichtungen wie heilpädagogische Kindergärten und Horte geführt hat.

Mit dem Ausbau des kommunalen Jugendamtes zu einer Fachbehörde neben Gesundheits- und Schulamt nach dem Zweiten Weltkrieg konnte diese Behörde vielfältige Aufgaben im Bereich der Erziehung und Fürsorge übernehmen (vgl. Dritter Jugendbericht 1972).

In den späten sechziger Jahren begannen einzelne Jugendämter neben den "klassischen" Erziehungsberatungsstellen für Eltern und Kinder auch für die Altersgruppe der Jugendlichen eigenständige Beratungsangebote anzubieten, die als modellhafte Aktivitäten den Rahmen der üblichen Jugendamtsarbeit und der Erziehungsberatung überstiegen (Zettel 1972).

Der Ausbau von Beratungsinstitutionen der Jugendhilfe für Eltern mit schulpflichtigen Kindern und schließlich auch für Jugendliche muß im Zusammenhang mit den vielfältigen Problemen gesehen werden, die sich für Familien mit Schulkindern und Jugendlichen besonders massiv stellten, als die soziale und wirtschaftliche Lage sich verschlechterte. An der Entwicklung der Zunahme von Jugendarbeitslosigkeit um 1920, direkt nach dem Zweiten Weltkrieg und ungefähr seit 1970 bis wahrscheinlich über 1980 hinaus lassen sich die schwankende

wirtschaftliche Situation und deren Folgen für junge Menschen ablesen (vgl. Laturner, Schön 1975).

Im Zusammenhang mit der "Berufsnot" Jugendlicher treten auch vielfältige andere Probleme wie Drogenmißbrauch, Verwahrlosung, Apathie und unerwünschte Schwangerschaften auf, denen die Jugendhilfe mit ihrem traditionellen Hilfeangebot nicht gewachsen war. Hier mußten neue Formen der Beratung geschaffen werden, die für diese Probleme fachliche Hilfen anbieten können.

Neben den Bemühungen der Jugendhilfe zur Bewältigung der dringendsten Probleme wie Drogenmißbrauch und Problemschwangerschaften durch Schaffung neuer spezialisierter Institutionen der Beratung zeigt sich im Bereich des Beratungswesens für Jugendliche auch die Tendenz, Beratungsinstitutionen und Informationszentren für Jugendliche zu schaffen, die nicht spezialisiert sind auf spezifische Problemgruppen, sondern wie die Erziehungsberatungsstellen bei sehr unterschiedlichen Konflikten und Problemen fachliche Hilfe anbieten.

Wir wollen im folgenden die Institutionen und Methoden der Jugendberatung als einer sozialpädagogischen Hilfeform der Jugendhilfe untersuchen, wobei wir im Gegensatz zu anderen einzelwissenschaftlichen Betrachtungsweisen von (Jugend-) Beratung einen interdisziplinären Standpunkt vertreten werden, der sich aus den besonderen Aufgaben der Erziehung von Kindern und Jugendlichen ableiten läßt. Im Gegensatz zur Jugendpolitik, -soziologie und Jugendpsychiatrie sowie klinischen Psychologie verstehen wir Beratung nicht als eine Tätigkeit, die sich mit der Vermittlung spezifischer Wissensselemente einer Einzelwissenschaft oder bestimmter Bildungsgüter einer spezifischen kulturellen Tradition beschreiben ließe.

Wir sehen Beratung als einen Aspekt der Tätigkeiten von Sozialpädagogik, den MOLLENHAUER (1964) neben den Momenten des Schützens und Pflgens der sozialpädagogischen Erziehungstätigkeit herausgestellt hatte.

Beratung faßt MOLLENHAUER (1964, S.110 ff) zum einen als Aufgabe spezialisierter Institutionen wie Erziehungsberatung, Familienberatung auf, die Erwachsenen oder erziehenden Personen Hilfe bei der Lösung ihrer eigenen Erziehungsaufgabe zuteil werden lassen.

"Die Beratenden sind solche, die etwas mehr Erfahrung, etwas mehr Autorität, etwas mehr detailliertes Fachwissen über die psychologischen oder pädagogischen Vorgänge mitbringen und infolgedessen zur Raterteilung fähig sind."

Daneben findet Beratung aber auch im erzieherischen Umgang mit dem jungen Menschen selbst statt, wenn z.B. ein Jugendpfleger sich nicht nur als ein "Spezialist für das Arrangement eines Freizeitangebotes" auffasse, sondern "die ganze Wirklichkeit des jungen Menschen" zu verstehen suche.

Gegenüber Beratungsangeboten der Jugendpsychiatrie und klinischen Psychologie zeichnet sich die sozialpädagogische Beratung aber auch durch die Besonderheit einer weitreichenden Zuständigkeit für Probleme und Konflikte aus. Zudem existiert bisher keine einheitliche Beratungswissenschaft aus einer interdisziplinären Perspektive, genauso wenig wie es eine allgemein anerkannte Theorie der sozialpädagogischen Jugendberatung gibt.

Die Arbeitsweise eines sozialpädagogischen Beraters von Jugendlichen ergibt sich somit einerseits aus den speziellen institutionellen Bedingungen und zum anderen aus der desolaten Lage der Theoriebildung von Beratung. Beide Aspekte wollen wir bei unserer Analyse der Lernmöglichkeiten von Jugendberatung berücksichtigen.

Im ersten Teil sollen die bisher realisierten Institutionen der sozialpädagogischen Jugendberatung als materielle Formen der Hilfen für Probleme Jugendlicher untersucht werden.

Wir werden die verschiedenen Typen oder Entwicklungsformen eines eigenständigen Beratungswesens für Jugendliche vorstellen und dabei besonders die verschiedenen Arten von Problemen Jugendlicher herausheben. Gegenüber den Diagnosen der Jugendpsychiatrie und klinischen Psychologie des Jugendalters - falls diese Disziplin überhaupt als existierend angenommen werden darf - zeichnet sich die Sozio-Diagnostik der sozialpädagogischen Jugendberatung durch die Berücksichtigung der komplexen Konstellation von Diagnose und Erziehungsprozeß in einem bestimmten Lernfeld z.B. von Arbeitswelt oder Familie aus (Mollenhauer 1964, Hornstein u.a. 1975). Für die Lernfelder der Arbeits-, Berufstätigkeit und der Familie werden wir eine vorläufige und unvollständige Verallgemeinerung der Probleme und Konflikte Jugendlicher versuchen.

Da sozialpädagogische Jugendberatung sich nach MOLLENHAUER (1964, S.113) ausschließlich im Medium der Sprache, als Gespräch vollzieht und nur von Fall zu Fall in einer konkreten Lebenssituation durch Mitteilung, Information gelöst werden kann, nicht dagegen in systematischen Kursen, müssen wir im zweiten Teil die verbalen Tätigkeiten von Jugendberatung untersuchen. Aus der Vielzahl der Einwirkungsmöglichkeiten von Psychiatrie, Kommunikationswissenschaft und Psychotherapie wollen wir uns auf die psychologischen Methoden der Beeinflussung oder Intervention beschränken, weil gerade der psychologische Aspekt - neben dem biologisch-psychiatrischen und soziologischen - von der Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik als konstitutives Element anerkannt ist (Derbolav, Roth). Wir werden eine vergleichende Analyse der Lernmöglichkeiten von psychoanalytischer, gesprächspsychotherapeutischer und verhaltenstherapeutischer Beratung durchführen, indem wir lediglich die möglichen Ergebnisse einer Jugendberatung, die Elemente dieser Veränderungskonzepte anwendet, herausarbeiten. Welche Lernprozesse dagegen durch Jugendberatung in der Praxis vorkommen oder welche Jugendlichen mit welchen Problemen aus welcher sozialen Schicht

in den verschiedenen Institutionen der Jugendberatung konkret erreicht werden (können), müssen wir der zukünftigen Realisierung und der Theoriediskussion von Jugendberatung überlassen.

Wir wollen uns auf die vorgeordnete Fragestellung der Herausarbeitung von Lernprozessen durch eine sozialpädagogische Konzeption von Jugendberatung beschränken, die verschiedene technische Elemente der Psychotherapie für ihre Erfordernisse kombiniert.

1. Das "Jongeren Advies Centrum" in Amsterdam als exemplarisches Beispiel der Entwicklung modellhafter Aktivitäten in der Jugendberatung

Da die Jugendberatung eine neue Hilfeform der Jugendhilfe ist, können wir bei einer Beschreibung des Status-quo der Aktivitäten der Jugendhilfeträger nicht stehen bleiben, sondern müssen auch diejenigen Tätigkeiten berücksichtigen, die über die durchschnittlichen Tätigkeiten hinausgehen: Wir müssen uns den sogenannten Modellaktivitäten oder den Experimenten zuwenden.

In den Jahren zwischen 1968 und 1972 entstanden drei neue Formen von modellhaften Aktivitäten der Jugendämter, nämlich die anonyme Sprechstunde für Jugendliche, die Soziale Gruppenarbeit im Bereich der Jugendfürsorge und der Jugendclub als ein Modell politischer Bildung, durchgeführt von den Jugendpflegeabteilungen.

Bereits der "Dritte Jugendbericht" der Bundesregierung aus dem Jahre 1972 konstatiert, "daß der Erfolg neuer Initiativen im Bereich der öffentlichen Jugendhilfe (...) nicht ohne weiteres als Indiz für einen allgemeinen Fortschritt in der Entwicklung der Jugendamtsarbeit angesehen werden darf" (Dritter Jugendbericht 1972, S.77). Als Begründung wird erstens die geringe Anzahl dieser modellhaften Aktivitäten angegeben und zweitens die begrenzte Lebensfähigkeit dieser Modelle, die "außergewöhnliche personelle, finanzielle und organisatorische Bedingungen" erforderten (a.a.O., S.78).

Hiermit sind die grundlegenden Unterschiede einer Modellinstitution gegenüber durchschnittlichen Aktivitäten der Jugendhilfe präzise benannt worden. Gerade die verschiedenen institutionellen Formen von Jugendberatung lassen sich in die organisatorischen Strukturen der Jugendamtsarbeit nicht ohne Schwierigkeiten integrieren.

Anhand eines ausgewählten Beispiels einer gut ausgebauten Jugendberatungsstelle aus dem (west-)europäischen Ausland sollen die besonderen Probleme dieser Institutionen darge-

stellt werden. Hierbei werden wir anhand der speziellen Diagnostik dieser Jugendberatungsstelle die wesentlichen Problembereiche Jugendlicher herausarbeiten und die verschiedenen Hilfeangebote dieser Institution vorstellen. Daran anschließend sollen verschiedene Typen von Beratungsangeboten der Jugendämter der Bundesrepublik Deutschland seit ungefähr Ende der sechziger Jahre untersucht werden. Diese modellhaften Aktivitäten der Jugendhilfe werden auch in den siebziger Jahren erst von relativ wenigen Jugendämtern großer Städte und Gemeinden angeboten. Abschließend werden wir eine Verallgemeinerung wesentlicher Problemfelder der Jugendberatung versuchen, indem einmal die Arbeits- und Berufsprobleme Jugendlicher analysiert werden und zum anderen die Probleme und Konflikte Jugendlicher, die vorwiegend durch die Erziehungs- und Sozialisationseinflüsse der Familie entstehen.

Eine der ältesten und bekanntesten Jugendberatungsstellen im eigentlichen Sinne scheint das "Jongeren Advies Centrum" - abgekürzt JAC - in Amsterdam zu sein, das deshalb hier zuerst vorgestellt werden soll.

Anhand der Entstehungsgeschichte und der weiteren Entwicklung des JAC lassen sich viele Momente aufzeigen, die bei einem komplexen Beratungsangebot für Jugendliche und junge Menschen bedeutsam sind.

So durchlief das JAC in seiner ganz spezifischen Geschichte verschiedene Stadien, die von einem kleinen Zentrum von privat engagierten Jugend- oder Sozialarbeitern bis zu einem komplexen Verbundsystem eines differenzierten Jugendberatungsangebotes innerhalb der gesamten Niederlande führte. Da wir also an seiner Geschichte die verschiedenen organisatorischen Möglichkeiten und Ausformungen eines Jugendberatungswesens ablesen können, soll das JAC als ein exemplarischer Fall hier dargestellt werden.

1.1 Zur Situation der Jugendberatung in den Niederlanden gegen Ende der sechziger Jahre

Bevor wir auf institutionelle und sozio-diagnostische Aspekte des JAC in Amsterdam eingehen, soll die Situation der traditionellen und der alternativen Jugend- und Sozialhilfe in den Niederlanden aufgezeigt werden (vgl. Hülster 1973, ders. 1976).

Nach HÜLSTER (1973) entstand das JAC gegen Ende der 60er Jahre, als sich in den gesamten Niederlanden gesellschaftskritische Initiativen gründeten, um Alternativen zu den herkömmlichen Formen der institutionalisierten Jugend- und Sozialhilfe aufzubauen. Unter der Idee der gesellschaftlichen Erneuerung begann man "herkömmliche Formen des Zusammenlebens in Frage zu stellen und neue soziale Verhaltensmuster zu entwickeln" (HÜLSTER 1973, S.317).

In den staatlichen Richtlinien der niederländischen Jugendpolitik ließ sich eine innovations- und experimentierfreudige Orientierung feststellen. Das Ministerium für Kultur, Freizeitgestaltung und Sozialarbeit benutzte seit 1969 für seine Planungen die Ergebnisse einer soziokulturellen Trendanalyse. Danach habe die Jugendpolitik der siebziger Jahre einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen Rechnung zu tragen, nämlich

"einer Zunahme urbanisierter Lebensformen, der Ausbreitung einer eigenständigen Jugendkultur auf Grund psychosozialer Konflikte, einer Erweiterung der Toleranzgrenze gegenüber Werten und Normen, einer partiellen Motivationsverschiebung gegenüber Arbeit, Wohnen, Reisen und jugendspezifischer Gruppenbildung, sowie der Entwicklung gesellschaftskritischer Alternativen zur institutionalisierten Jugend- und Sozialhilfe" (Hülster 1973, S.317).

Wolle man dieser Entwicklung Rechnung tragen, dann müsse eine zukunftsorientierte Jugendpolitik betrieben werden, die neue Formen von Jugendhilfemaßnahmen durch Initiativgruppen nicht nur toleriere, sondern auch selbst ins Leben rufe.

Diese Initiativen wurden subventionstechnisch als projektorientierte Aktivitäten oder Experimente aufgefaßt, in denen

"auf besondere Weise zum Ausdruck kommt, daß es sich dabei um den Exponenten einer neuen Tendenz in der Jugendkultur oder den gesamtgesellschaftlichen Verhältnissen handelt, und auf die weder nach Zielsetzung noch nach Organisationsform die bestehenden Subventionsregelungen Anwendung finden können" (Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk 1971; zit. n. Hülster 1973, S.317 f.).

Parallel zu dieser innovationsorientierten Jugend- und Sozialpolitik der niederländischen Reichsverwaltung vertraten auch die obersten Kooperationsorgane der freien Sozialhilfeträger eine kritische Politik. Anhand eines offiziellen Gutachtens wurden die wenig effiziente und nicht sachgemäße Arbeitsweise der bestehenden Organisationsformen der Sozialarbeit kritisiert und Empfehlungen für eine organisatorische Neustrukturierung ausgearbeitet.

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte eine intern durchgeführte Situationsanalyse der drei Initiatoren des JAC. Diese stellten verschiedene Lücken und Mängel der traditionellen offenen Jugend- und Sozialhilfe fest:

"Dabei stellte sich heraus, daß eine große Gruppe Jugendlicher die vorhandenen Einrichtungen wegen ihrer oft nur geringen Affinität zur Jugendkultur, ihres als bürokratisch empfundenen Vorgehens (Wartelisten, geringe Flexibilität bei Terminabsprachen) und ihres amtlichen Charakters (Aufnahme der Personalien, daher Furcht vor Benachrichtigung der Sorgeberechtigten) nicht als Beratungsdienste akzeptierte, eine weitere Gruppe die Leistungen der Jugendhilfeorganisationen zwar in Anspruch nahm, jedoch mit einer von Eltern, Lehrern oder Vorgesetzten vorgegebenen Fremdmotivation" (Hülster 1973, S.318 f.).

1.2 Das Beratungskonzept des JAC-Amsterdam: Sozio-Diagnostik und Beratung

Als Konsequenz aus dieser Situationsanalyse entwickelten die Initiatoren des JAC ein Konzept einer Jugendberatungsstelle, das sich einerseits kritisch vom sozial-psychiatrisch-medizinischen Modell anderer entsprechender Institutionen unterschied - z.B. dem bereits 1961 gegründeten "Young People's Consultation Centre" in London - und andererseits den innovatorischen Anspruch einer Initiativgruppe für soziale Aktionen aufgriff. (1)

Die Initiatoren wollten einerseits ein multifunktionales Angebot von Informations-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen und andererseits soziale Aktionen durchführen, die sich gegen die bestehenden Sozial- und Jugendhilfestruckturen im besonderen und gegen gesellschaftliche Strukturen im allgemeinen richteten (vgl. Hülster 1976, S.22).

Im Kontext der gesamten Hilfemaßnahmen der Sozial- und Jugendhilfe wurden diese Arten von Hilfen als sogenannte alternative Hilfen gegenüber den traditionellen Formen von der Verwaltung und Reichsregierung bewußt unterstützt. In den Niederlanden sind Jugendberatungsstellen, die ähnlich wie das JAC arbeiten, als eigenständige Institutionen der Jugendhilfe finanziell, organisatorisch und juristisch in der Rechtsform der "Stichting" abgesichert, was wörtlich übersetzt "Stiftung" bedeutet und mit einem "e.V.", also einem "eingetragenen Verein" vergleichbar ist.

Das Selbstverständnis des JAC geht von einem Konzept der alternativen Hilfe aus, indem es einen zweifachen Anspruch von Individualhilfe und sozialer Aktion zu verwirklichen sucht.

Je nach Betonung einer dieser beiden Seiten lassen sich zwei verschiedene Grundrichtungen innerhalb der "alternativen" Hilfeinitiativen unterscheiden.

"Die erste setzt die soziale Aktion zentral: Die Beratung dient vorrangig der Solidarisierung und Politisierung der Ratsuchenden durch die Bewußtmachung repressiver Gesellschaftsstrukturen. Die zweite Richtung bezieht sich mit ihrem Hilfeangebot primär auf die individuell artikulierten Nöte der Jugendlichen, wobei die Notwendigkeit sozialer Aktion mitgesehen wird. In dieser Sicht jedoch hat soziale Aktion - in Gang gebracht durch die 'alternativen' Helfer allein oder, bei entsprechender Motivation, gemeinsam mit dem Klienten - die Hauptfunktion, den Erfolg der Individualberatung im Rahmen des gesellschaftlich Möglichen langfristig absichern zu helfen" (Hülster 1976, S.22 f.).

In der Amsterdamer Drogenberatung wurde durch das Release-Zentrum bis zu seinem Scheitern das erste Konzept zu verwirklichen gesucht. Das JAC jedoch war eher der zweiten Tendenz

zuzuordnen. In der Experimentierphase des JAC von 1970 bis 1975 hat sich diese Organisationsform einer Jugendberatungsstelle als selbständige Einrichtung der Jugend- und Sozialhilfe behaupten können. Nach seinem Vorbild sind bis Ende 1972 in fast 40 Gemeinden Jugendberatungszentren entstanden, die teilweise (8 Zentren) von Reich und Gemeinden voll finanziert wurden (vgl. Hülster 1973, S.316).

1.2.1 Sozio-Diagnostik im JAC-Amsterdam

Aufgrund einer Statistik der Mitarbeiter des JAC aus dem Jahre 1971 kamen Jugendliche vor allem wegen folgender Probleme in das JAC, wobei nur jeweils die wichtigsten Probleme oder sozio-diagnostische Syndrome an erster Stelle genannt werden:

"Allgemeine Information	29 %
Beratung bei psychischen Problemen	15 %
- in Sexualkonflikten	10 %
- bei medizinischen Problemen	9 %
- bei Schwierigkeiten im Elternhaus, in der Pflegefamilie, im Heim	9 %
- bei Schul- und Berufsorgen	4 %
- in juristischen Fragen	12 %
Betreuung fester Besucher	12 %
	100 %"

(Hülster 1973, S.323)

Die großen Problemkomplexe schienen somit folgende gewesen zu sein:

- 1.) allgemeine psychische Probleme wie
Identitätskrisen, Depressionen, Kontaktstörungen
und Suicidgefährdungen;
- 2.) sexuelle Probleme wegen fehlender Sexualaufklärung,
mangelnder Information über Empfängnisverhütung und
Schwangerschaftsabbruch, Probleme wegen Homosexualität;

- 3.) medizinische Probleme bezüglich Sexualität, Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaft-Hilfen, bei akuten Drogenunfällen;
- 4.) Probleme mit den Eltern oder Sorgeberechtigten, besonders bei Heimeinweisungen oder Flucht aus Heimen, Weglaufen von Zuhause und aus Heimen.

Diese Probleme entstanden jeweils in den verschiedenen Lebensbereichen der Jugendlichen. Sie betrafen den Arbeits- und beruflichen Bereich, die sozialen Beziehungen untereinander und zu Eltern und Sorgeberechtigten, dann den Bereich der psychophysischen Gesundheit und der Sexualität. Als Hilfemaßnahmen wurden bei diesen Problemen - mit Ausnahme der medizinischen und juristischen Fragen - keine speziellen Berufsgruppen herangezogen. Den ratsuchenden Jugendlichen stand jeweils ein Team von 4 Mitarbeitern zur Verfügung, an das sie sich wenden konnten. Aber zunächst soll die diagnostische Klassifikation des JAC im Auge behalten werden. Sie vermittelt uns mit den Prozentangaben einen groben Eindruck von den wichtigsten Problemen, die jugendliche Ratsuchende in einer Jugendberatungsstelle vom Typ der JAC zur Sprache bringen können.

Bedeutsam erscheint uns der große Anteil von Problemen aus dem psychischen Bereich und dem zwischenmenschlichen Zusammenleben, einschließlich der Sexualität. Wenn wir die Probleme mit den Eltern oder Sorgeberechtigten mit hinzuzählen, dann ergibt sich immerhin ein Prozentanteil von 34 %. Auch unter der Kategorie der psychischen Probleme waren viele Symptome aufgeführt, wie z.B. Kontaktstörungen, Depressionen und Suicidgefährdungen, die diesen wichtigen Bereich der mitmenschlichen Beziehungen und der seelischen Gesundheit betreffen (vgl. Brandt 1975, S.203-308).

1.2.2 Konzept der Beratung und Psychotherapie im JAC

Die ratsuchenden Jugendlichen können mit den einzelnen Beratern telefonisch Kontakt aufnehmen oder das JAC aufsuchen. In der Zeit der größten Nachfrage, nämlich zwischen 19 und 1 Uhr, stehen mindestens vier Berater zur Verfügung, davon meist zwei Sozialarbeiter und ein Psychologe.

Sie gehören zu dem ungefähr dreißigköpfigen Team, das vorwiegend als Teilzeit-Beschäftigte diese Arbeit übernommen hat. Dieses Team besteht zu ungefähr einem Drittel aus Sozialarbeitern, ferner aus "Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Juristen, einem Politologen, Verwaltungsfachkräften und Studenten der Amsterdamer Sozialakademien" (Hülster 1973, S.322).

Die Kontaktaufnahme zu den Beratern geschieht meist in dem großen Aufenthaltsraum des Zentrums. Hier werden kostenlos Getränke angeboten, und bei ruhiger Hintergrundmusik können die Ratsuchenden Informationen erhalten oder ein erstes Kontaktgespräch führen. Da neben verschiedenen anderen Informationen über jugendrelevante Sozialdienste auch jeweils ein Plan über die Personalbesetzung des Zentrums für jeweils einen Monat im voraus aushängt, können die Jugendlichen sich auch gezielt "ihren" Betreuer oder Berater auswählen. In einem der drei kleinen Sprechzimmer lassen sich dann ungestörte Gespräche führen.

Nach der ursprünglichen Konzeption des JAC sollten sich die Beratungsgespräche - sofern sie als Einzelberatung durchgeführt wurden - nach der Konzeption der Krisenintervention auf maximal fünf Gespräche beschränken. Da wir weiter unten auf die verschiedenen methodischen Konzeptionen der Jugendberatung genauer eingehen werden, sollen einige Anmerkungen hierzu genügen.

Das Konzept der Krisenintervention geht im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Konzepten von einem Homöostasemodell des psycho-sozialen Gleichgewichtes aus. Man nimmt an,

"daß Individuen im Sozialfeld sich innerhalb bestimmter Grenzen tendenziell in einem psychosozialen Gleichgewichtszustand befinden, daß darin jedoch fortwährend Schwankungen auftreten, die mittels hochempfindlicher Stabilisierungsmechanismen ausgeglichen werden. Eine Störung dieses Gleichgewichts, die nicht unmittelbar aufgehoben werden kann, wird als Krise bezeichnet" (Hülster 1973, S.320).

In der Pubertät und Adoleszenz treten in unserem Kulturraum diese Krisen besonders häufig und in rascher Abfolge auf. Wodurch sie jedoch verursacht werden, was also den Jugendlichen bzw. sein psychosoziales Gleichgewicht "aus der Ruhe bringt", bleibt ungeklärt.

In der ersten Phase der Entwicklungsgeschichte des JAC von 1970 und 1972 glaubten die Mitarbeiter noch, diese individuellen Kurzhilfemaßnahmen könnten die Probleme der ratsuchenden Jugendlichen aus der Welt schaffen. Die Berater sahen zwar die Gefahr einer Service-Mentalität oder Konsumenten-Haltung, glaubten aber, durch ein schnelles Transparentmachen der Krisensituation im Jugendlichen "ein großes Ausmaß an Handlungsaktivität freizusetzen und frühzeitig Ansatzpunkte für soziale Situationen" aufzeigen zu können (Hülster 1973, S.320 f.).

Im Laufe der Arbeit stellte sich jedoch heraus, daß einige kurze (Krisen-)Interventionen nicht ausreichten. Hier machten die Mitarbeiter einen Lernprozeß durch, der den Erfahrungen eines Ratsuchenden entspricht, wenn er zum ersten Mal in das JAC kommt. Die Berater erkannten, daß sich hinter den akuten Krisen häufig Probleme verbargen, die im gesamten Sozialisationskontext der Jugendlichen wurzelten. Diese Konflikte waren nur durch gezielte und fachlich qualifizierte Hilfeangebote zu beheben. Deshalb ging das JAC zunehmend dazu über, die Ratsuchenden nicht an andere Sozialdienste zu überweisen, sondern die Mitarbeiter bauten ein Angebot von längerfristigen Betreuungshilfen auf. Hierzu engagierten sie besonders qualifizierte Jugendarbeiter und Psychotherapeuten, die z.B. durch Gruppentherapie, Rollenspiel oder Psychodrama diese Konflikte aufzuarbeiten versuchten.

Einen ähnlichen Lernprozeß durchliefen auch viele ratsuchende Jugendliche selbst. Oft wünschten sie nur Informationen oder eine kurze Beratung. Je mehr sie dann aber durch die vertrauensvolle Hilfe des Beraters ihre anfängliche Scheu vor einer Beratung überwinden, waren sie auch in der Lage, ihre scheinbar persönlichen Probleme in einem neuen Licht zu sehen und eine längere Betreuung zu wünschen.

Diese konzeptionelle Veränderung innerhalb des fünfjährigen Experimentierstadiums beschreibt das JAC selbst mit der Formel, "daß sich das JAC von einem Zentrum für Information, Rat und Hilfe zu einem Zentrum für Hilfe, Rat und Information entwickelte" (Bij Leven en Welzijn 1974; zit. n. Hülster 1976, S.23), man nahm also eine Schwerpunktverlagerung auf direkte pädagogische und psychotherapeutische Hilfemaßnahmen vor.

Diese starke Betonung von direkter Hilfe läßt sich auch an den Prinzipien der äußeren Gewährleistung von Beratung ablesen. Anhand eines Kataloges von sechs Prinzipien werden die Interaktionen und Dienstleistungen des JAC für beide Partner des Beratungsprozesses präzise beschrieben.

Diese sechs Prinzipien lauten:

1.) Jedem Besucher des JAC wird das Recht auf Anonymität garantiert; ohne seinen Wunsch werden keine Informationen an Sorgeberechtigte, Arbeitgeber, Lehrer, Ärzte oder Polizeibehörden weitergegeben. Der Jugendliche selbst, nicht seine Eltern sind die Auftraggeber. Im Falle einer evtl. notwendig werdenden Überweisung an eine Institution, die diese Anonymität nicht gewährleisten kann, liegt die Entscheidung beim Jugendlichen selbst.

2.) Initiativen des JAC, die als Bevormundung empfunden werden könnten, werden nicht durchgeführt. Abgesehen von akuten Notfällen, soll der Klient in den Prozeß der intensiven Hilfeleistung möglichst aktiv eingeschaltet werden.

3.) Beratungen werden kostenlos gewährt.

4.) Da es keine festen Terminabsprachen gibt, erfolgen die Hilfemaßnahmen im allgemeinen unmittelbar und kurzfristig.

5.) Jeder Besucher kann sich seinen Helfer frei wählen. Vorselektionen der Klienten durch die Berater finden nicht statt.

6.) Falls Überweisungen an andere Einrichtungen notwendig sind, trägt das JAC die Verantwortung; sind sie nicht möglich, dann bemüht sich der Stab selbst um eine entsprechende Lösung (vgl. Hülster 1973, S.321 f.).

Anhand dieser Prinzipien konnten die Besucher des JAC mit relativ klaren Erwartungen an die Berater herantreten. Aber aufgrund der 5jährigen Praxis haben sich Verschiebungen in der Einschätzung der Bedeutung dieser wichtigen Regeln beim Mitarbeiterstab ergeben. Einige Mitarbeiter kritisierten vor allem zwei Punkte, nämlich die Zusicherung der Anonymität (Prinzip 1) und das offene, direkte Hilfeangebot an "alle" Besucher des JAC (Prinzip 4 und 5).

Aus der Perspektive der Mitarbeiter verhinderte die Garantie der Anonymität eine gezielte Vorbereitung sozialer Aktionen, weshalb allgemeine Mißstände der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Jugendlichen längerfristig nicht angegangen werden konnten. Neben der direkten Hilfe sollte auch durch soziale Aktionen die Lage vieler bereits betroffener oder potentiell betroffener Jugendlicher verbessert werden. Sofern jedoch aufgrund der Anonymität keine gezielten Informationen über z.B. lokale Mißstände gemacht werden könnten, würden hiermit die Organisation und Vorbereitung solcher Öffentlichkeits-wirksamer Maßnahmen verhindert oder erschwert.

Ein weiterer Kritikpunkt umfaßte die optimistische Annahme in der Konzeption des JAC, daß eigentlich "alle" hilfebedürftigen Jugendlichen auch wirklich die Hilfe dieses JAC in Anspruch nehmen und nutzen könnten. Vielmehr hat sich herausgestellt, daß selbst bei einer relativ offenen Arbeitsweise große Teile von Jugendlichen der Unterschicht doch keinen Zugang zum JAC finden. Jeder potentielle Besucher des JAC muß zuerst einmal seine Scheu ("Türschwellenangst") vor der

Institution überwinden und selbst die Eigeninitiative zur ersten Kontaktaufnahme aufbringen.

Die Mitarbeiter mußten jedoch feststellen, daß ein großer Teil von Unterschichtjugendlichen damit überfordert ist, den ersten Schritt zu tun. Deshalb hat der Mitarbeiterstab eine neue Form der Kooperation mit anderen Institutionen der Jugendhilfe entwickelt: Man versuchte schließlich, stärker mit den bestehenden Häusern der Jugendpflege und den Angeboten der Jugendfürsorge zusammenzuarbeiten, indem die Berater selbst aktiv mit bestehenden Jugendclubs Kontakt aufnahmen und potentiellen Ratsuchenden so die Aufnahme eines Informations- oder Beratungsgesprächs erleichterten.

Ursprünglich glaubten die Berater, durch eine allzu große Nähe zu den Angeboten der Jugendpflege neue Barrieren aufzubauen, die den Zugang zum JAC erschweren könnten. Sie hatten die Erfahrung gemacht, daß sie durch ihr relativ passives Beraterverhalten nur eine ganz bestimmte Gruppe von Jugendlichen erreichen konnten.

Selbstkritisch stellten die Berater in ihrem evaluativen Bericht fest:

"Wir haben den Eindruck, daß das JAC nach Zielsetzung, Anlage und Arbeitsweise in erster Linie Jugendliche anspricht, die verbal relativ geschult sind (...). Dieser Eindruck wird verstärkt durch die Kontakte, die wir zu Jugendclubhäusern in verschiedenen Stadtteilen aufgenommen haben; dabei stellte sich heraus, daß das JAC Arbeiterjugendlichen zur Zeit wenig zu bieten hat" (Bij Leven en Welzijn 1974; zit. n. Hülster 1976, S.24).

Aufgrund dieser Einschätzung wurde das offene Hilfeangebot in den Jahren nach 1975 in seiner damaligen Form in Frage gestellt. Die Mitarbeiter wollten zwar an dem offenen Hilfeangebot festhalten, mußten aber aufgrund des veränderten Betreuungsangebotes zu neuen Formen übergehen. Da einem Großteil der ratsuchenden Jugendlichen durch eine maximal 5 Beratungsstunden umfassende Krisenintervention nicht mehr zufriedenstellend geholfen werden könne, müsse die Kapazität der Mitarbeiter genauer "verplant" werden.

"Zur Zeit steht die Funktion der Offenen-Tür-Situation zur Debatte. Sie wird sicherlich aufrechterhalten, aber nicht mehr so sehr als die zentrale Funktion des JAC. Die Zahl der Besucher (...) rechtfertigt die Beibehaltung eines ersten Auffangs, aber hinsichtlich der Fortsetzung des Hilfekontaktes wird eine deutlichere Selektion stattfinden müssen" (Bij Leven en Welzijn 1974; zit. n. Hülster 1976, S.24).

Durch die neuen Angebote von gruppenpädagogischen und gruppen-therapeutischen Maßnahmen wurde eine vollständig neue Situation geschaffen, wenn man die Erreichbarkeit und den Verbindlichkeitscharakter dieser Hilfen berücksichtigt. Gruppen dieser Art erforderten eine evtl. über Wochen oder Monate sich erstreckende Vorbereitungszeit bezüglich der Zusammenstellung der Gruppenmitglieder und der Rekrutierung geschulter Sozialpädagogen oder Gruppentherapeuten - von dem großen Mangel an qualifizierten Mitarbeitern einmal ganz abgesehen.

1.2.3 Interne Organisationsstruktur des JAC für soziale Aktionen

Neben den Angeboten für einzelne Ratsuchende und Gruppen von Jugendlichen entfaltete das JAC seit seiner Entstehung eine rege Aktivität in den verschiedenen politischen Bereichen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe.

In der Anfangsphase des JAC richteten sich seine sozialen Aktionen vor allem gegen ganz spezielle Mängel und Mißstände im Leben der Jugendlichen, die eigentlich durch die bestehenden Institutionen der Sozialhilfe und Jugendhilfe angegangen werden mußten. Da das JAC mit den verschiedenen Einrichtungen dieser Behörden zusammenarbeiten mußte, indem viele ratsuchende Jugendliche an die einzelnen Ämter und Hilfeinstitutionen überwiesen wurden, waren die Mitarbeiter des JAC daran interessiert, die Arbeitsweise und das Angebot dieser Einrichtungen auch nach ihren Vorstellungen zu beeinflussen.

So versuchten sie, durch Einflußnahme auf die verschiedensten Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen, ferner durch Eingaben an die lokalen und überregionalen Träger und die entsprechen-

den Gemeinde- und Stadtverwaltungen Impulse zur Veränderung bestehender Mißstände zu geben. Daneben arbeiteten sie aktiv mit den verschiedensten Initiativgruppen oder Bürgerinitiativen zusammen, die in den Niederlanden seit Beginn der siebziger Jahre vielfältige Aktivitäten entwickelt und erfolgreich gearbeitet hatten.

In der Anfangsphase des JAC, als die Berater sich noch auf akute Kriseninterventionen beschränken wollten, erschwerten vor allem drei Problemkomplexe diese Arbeitsweise: Obdachlosigkeit, Drogenabhängigkeit und Schwangerschaftsprobleme bei Mädchen und jungen Frauen. Solange für diese drei Notstände keine dauerhaften Hilfen zur Verfügung standen, war der Bestand des JAC allein wegen des großen Hilfebedarfs und psychischen Leidens, der mit diesen Problemen verbunden war, aufs äußerste angespannt.

Da immer größere Gruppen von Jugendlichen von diesen Notlagen betroffen waren, entstanden sehr bald mit der Unterstützung der Mitarbeiter des JAC Initiativgruppen, die für diese Probleme neue Hilfemöglichkeiten aufbauen wollten.

Das Problem der Wohnungsnot und vorübergehenden Obdachlosigkeit von Jugendlichen wurde dadurch angegangen, daß man ein neues Wohnheim aufbaute, in dem Jugendliche für eine kurze Zeit (nämlich maximal 10 Tage) ohne Benachrichtigung der Sorgeberechtigten Unterkunft und Verpflegung finden konnten.(2)

Der zweite Problembereich, der das JAC schwer belastete und einen großen Einsatz der Mitarbeiter erforderte, war die Drogenabhängigkeit. Für entziehungswillige Fixer schuf man deshalb eine therapeutische Wohngemeinschaft, in der ohne Pharmakotherapie durch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen ein neues Leben ohne Drogen erprobt und eingeübt werden konnte. Für die große Gruppe der nicht-entziehungswilligen Fixer, die ihren schleichenden und langsamen Selbstmord aus unterschiedlichen Motiven (noch) nicht beenden

konnten oder wollten, versuchte man, entsprechende Wohnmöglichkeiten zu beschaffen.

Die dritte Gruppe der Problemerklienten des JAC bestand aus Mädchen und verheirateten oder ledigen jungen Frauen, die eine Problemschwangerschaft durchmachten und den Wunsch hatten, eine Abtreibung vorzunehmen. Durch die Unterstützung und Mitwirkung des JAC bei juristischen, medizinischen und verwaltungstechnischen Fragen konnten hier entscheidende Hilfen gegeben werden. Als besonders wichtig erwiesen sich die gruppentherapeutischen Maßnahmen der Nachbetreuung. Sie umfaßten neben psychotherapeutischen Hilfen und gruppendynamischen Methoden auch belehrende Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, besonders über Verhütungsmöglichkeiten und Maßnahmen der "weiblichen" Hygiene.

Für unverheiratete Schwangere wurde mit Hilfe des JAC eine Wohngemeinschaft eingerichtet, die eine Alternative zum meist abgelehnten Wohnheim oder aber zum Schwangerschaftsabbruch darstellte.

Neben diesen besonderen Problemen der Mädchen und Frauen hat sich bis 1975 eine neue Sektion oder Initiativgruppe gebildet, die sich mißhandelter und vergewaltigter Frauen annimmt. Hier versuchten weibliche Mitarbeiter, eine Auffangstelle für diese besonders psychisch belasteten Frauen aufzubauen.

Während die bisher aufgelisteten Institutionen oder Maßnahmen im Laufe der 5jährigen Geschichte des JAC durch anscheinend spontane Initiativen nach und nach entstanden, versuchte das JAC ab 1975 ein wenig planmäßiger an die Behebung der wichtigsten Problembereiche der Jugendlichen und jungen Menschen heranzugehen.

Statt sich hier auf die Arbeitsweise von Initiativgruppen zu verlassen, hat das JAC bereits eine institutionalisierte Form der Inangriffnahme der wichtigsten Notlagen aufgebaut. Das JAC bildete verschiedene Sektionen oder Arbeitsgruppen,

denen sich nach Möglichkeit sowohl die Mitarbeiter als auch die Ratsuchenden zuordnen sollten.

"Zur Zeit bestehen die Sektionen Jugend- und Mietrecht, ungelernnte und arbeitslose Jugendliche, Jugendfürsorge, Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine aus weiblichen Mitarbeitern bestehende Sektion, die sich um den Ausbau einer Auffangstelle für mißhandelte Frauen bemüht, des im November 1975 eröffneten Zentrums 'Vrouwen tegen verkrachting' ('Frauen gegen Vergewaltigung')." (Hülster 1976, S.25).

Anhand dieser Sektionen erhalten wir einen guten Eindruck von den dringendsten Problemen Jugendlicher. Während die Jugendberater zunächst auf spontan entstandene Initiativgruppen vertrauten, die diese Fragen bewußt machten und zu Aktivitäten stimulierten, wurde schließlich eine interne Struktur der Beratungsstelle geschaffen, die den äußeren Problemen analog war. In dieser Sektionsstruktur spiegelten sich somit die wesentlichen Probleme der damaligen Lage des JAC und seiner Klienten wider.

Die wichtigsten Problemfelder der Jugendlichen waren also:

- 1.) die Arbeits- und Berufswelt, besonders Arbeitslosigkeit;
- 2.) die Wohnungssituation und verschiedene Formen des Zusammenlebens, entweder in der eigenen Familie oder in Ersatzinstitutionen, zumeist Wohngemeinschaften;
- 3.) psychische Gesundheit;
- 4.) Sexualität, einschließlich der Probleme bei unerwünschter Schwangerschaft und gewaltsamer "Ausbeutung" der Frauen durch Vergewaltigung.

Mit diesem Problemkatalog läßt sich eine reale Systematik für eine noch zu schaffende Sozio-Diagnostik der Jugendberatung entwickeln. Mit diesen Problemfeldern wird keine im eigentlichen Sinne psychologisch-klinische oder psychiatrische Nosologie (also Krankheitslehre) geliefert, sondern hier werden die realen Lebensprobleme Jugendlicher erfaßt, die sich in verschiedenen "Symptomen" oder "Syndromen", also Symptomgruppen, äußern können.

Mit der Darstellung der fünfjährigen Geschichte einer erfolgreichen und impulssetzenden Jugendberatungsstelle sind wir auf wichtige Aspekte einer Kombination von gesundheitspolitischen, jugend- und sozialpolitischen, aber auch beratenden und psycho- und sozialtherapeutischen Aktivitäten gestoßen. Hieran anschließend wollen wir verschiedene institutionelle Ausformungen von Jugendinformations- und Jugendberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland vorstellen. Dabei werden wir immer wieder auf die gleichen Problemfelder Jugendlicher stoßen. In der Sektionsstruktur des JAC spiegeln sich Probleme, die jede Jugendberatungsstelle einer kleinen oder größeren Gemeinde auf längere Sicht wahrscheinlich in Angriff nehmen muß.

2. Modellhafte Aktivitäten der Jugendberatung in der Bundesrepublik Deutschland

Die bisher vorgestellte Jugendberatungsstelle aus einer Großstadt der Niederlande hat sich von einer relativ einfach strukturierten Anlaufstelle für ratsuchende Jugendliche zu einer sektoriell strukturierten und mit anderen Institutionen zusammenarbeitenden Jugendberatungsstelle entwickelt. Die verschiedenen Etappen und Typen möglicher Ausfaltungen sind uns an dem JAC Amsterdam exemplarisch vorgestellt worden.

Die erste Entwicklungsstufe bestand aus einer einfachen Informations- und Beratungsstelle, die vorwiegend durch Einzelberatung, individuelle Psychotherapie oder Krisenintervention die vielfältigen Probleme der Jugendlichen und jungen Leute unter 25 Jahren angehen wollte.

Diese Informations- und Beratungsstellen zeigen zwei Schwerpunktsetzungen ihrer Arbeit: erstens wird der sozialpädagogisch-psychotherapeutische Aspekt betont und zweitens der jugend- und sozialpolitische. Sofern beide Aspekte in Einklang gebracht werden, entsteht eine sektoriell strukturierte Institution, die sowohl pädagogisch-therapeutische als auch sozial-politische Ziele verfolgt.

In diesem Abschnitt sollen verschiedene Typen von Jugendberatungsstellen aus der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin vorgestellt werden. Als erstes werden Jugendinformationsstellen betrachtet, als zweites Informations- und Jugendberatungsangebote in Jugendfreizeitheimen. Diese beiden institutionellen Formen weichen nur geringfügig von den herkömmlichen Institutionen der Jugend- und Sozialhilfe ab. Hier sind oft die speziellen Beratungsfunktionen jedes Jugend- oder Sozialamtes in eine neue Institution ausgelagert, nämlich in das Jugendinformationszentrum oder in eine der bestehenden Institutionen, die sich an alle Jugendlichen wenden, nämlich das "klassische" Heim der Jugendpflege, als Jugendheim oder Jugendzentrum.

Der dritte Entwicklungstyp ist die eigentliche Jugendberatungsstelle, die mehr individual- oder gruppentherapeutisch und sozialpädagogisch ausgerichtet ist und/oder auch jugend- und sozialpolitisch tätig wird.

Als letzter Typ einer Jugendberatungsstelle soll eine Institution vorgestellt werden, die sich an eine ganz bestimmte Untergruppe der Jugendlichen und jungen Menschen unter 25 Jahren wendet, nämlich an die sogenannten randständigen Jugendlichen, die Trebegänger und Obdachlosen.

Bevor jedoch diese speziellen Institutionen der Jugendberatung vorgestellt werden, die sich als eigene Typen im Bereich der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens herausgebildet haben, müssen wir auf eine einfache Vorform dieser offenen Einrichtungen eingehen, auf die vom Jugendamt durchgeführte "anonyme Sprechstunde für Jugendliche und/oder Eltern".

2.1 Die anonyme Sprechstunde des Jugendamtes

Im Rahmen der Vorarbeiten zum Dritten Jugendbericht der Bundesregierung des Jahres 1972 sollten neben den "durchschnittlichen" oder durch das Jugendwohlfahrtsgesetz geforderten Tätigkeiten der Jugendämter auch solche Aktivitäten erfaßt und untersucht werden, die als modellhafte Aktivitäten über das durchschnittliche Leistungsniveau der Jugendämter hinausgingen. Ausgehend von diesem allgemeinen Auftrag wurden Umfragen bei ungefähr 40 Jugendämtern durchgeführt und entsprechende Daten eingeholt (vgl. Dritter Jugendbericht 1972, S.75).

Die wichtigsten Ergebnisse stellte Ortrud ZETTEL in einem Forschungsbericht des Deutschen Jugendinstitutes von 1972 zusammen (vgl. Zettel 1972).

Als wesentliches Auswahlkriterium für modellhafte Aktivitäten ihres Berichtes wählte sie das präventive Vorgehen bei den "harten Fällen" der Jugendfürsorge. Diese Klientel war bereits aufgrund massiver Auffälligkeiten in das Blickfeld des Jugend-

amtes gerückt. Wenn die Jugendämter hier versuchen, in einem frühen Stadium durch entsprechende Maßnahmen Einfluß zu nehmen, dann lassen sich nach ihrer Auffassung diese Maßnahmen als modellhaft bezeichnen.

"Die Wahl fiel zum einen auf einige neuartige Beratungseinrichtungen von Jugendämtern, deren Konzeption darauf angelegt ist, den Zugang zum Jugendamt zu erleichtern und potentielle Fälle frühzeitig aufzudecken, zum anderen auf die in mehreren Jugendämtern praktizierte soziale Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, wo versucht wird, die erzieherische Arbeit des Jugendamtes zu intensivieren, während die Jugendfürsorge im durchschnittlichen Jugendamt auf Beobachtung, Kontrolle und die Entscheidung über weitere Maßnahmen, die außerhalb der unmittelbaren Einflußsphäre der Mitarbeiter des Amtes (z.B. Erziehungsberatung, ehrenamtlich geführte Erziehungsbeistandsschaft, Fremdplazierung) liegen, beschränkt bleibt" (Zettel 1972, S.11).

Obwohl Ortrud ZETTEL umfangreiches empirisches Material zur Verfügung hatte, konnte sie nur zwei modellhafte Aktivitäten von Jugendämtern aufspüren, die Beratung in Form von "anonymen Sprechstunden für Jugendliche" durchführten. Eines dieser Modelle stellte sich aber als ein Mißerfolg heraus und mußte sehr bald seine Aktivität einstellen.

Das etwas erfolgreichere Modell arbeitete bereits im Jahre 1967 (vgl. Zeh 1968). Seine ganze Aktivität bestand darin, daß "einmal wöchentlich nachmittags (...) Jugendliche, Eltern, Ratsuchende jeder Altersgruppe die Möglichkeit (haben), im Haus der Jugend mit einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes zu sprechen" (Zettel 1972, S.14). Anhand einer Statistik über die Besucher innerhalb von zwei Jahren ließ sich feststellen, daß bereits im ersten Jahr mit durchschnittlich fünf Gesprächen die "anonyme Sprechstunde", welche jeweils drei Stunden umfaßte, ausgelastet war. Hierbei muß noch in Rechnung gestellt werden, daß eine intensive und regelmäßige Werbung für dieses Beratungsangebot durchgeführt wurde und "eine unerwartete Resonanz bei der breiten Öffentlichkeit" festzustellen war (Zettel 1972, S.15).

Nach ZETTEL entstanden die meisten Probleme der Ratsuchenden im Elternhaus, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Folgende

Probleme wurden - gestaffelt nach der Häufigkeit - angesprochen:

- "1. Differenzen (menschliche und materielle) zum Elternhaus
2. Spannungen am Arbeitsplatz (zum Arbeitgeber und zu Mitarbeitern)
3. Spannungen in der Schule (zu Lehrern, Mitschülern, Leistungsschwierigkeiten)
4. Sexuelle Orientierungsfragen
5. Ehefragen
Eheschwierigkeiten
Frühehe
Mischehe (vereinzelt)
6. Fragen aus dem Gebiet des Jugendschutzes
Tanzveranstaltungen
Alkohol und Nikotin
Rauschgift (vereinzelt)
7. Fragen aus dem Bereich körperlicher und geistiger Schäden" (Zettel 1972, S.17).

Vergleicht man diese Aufstellung mit dem Konzept der Orientierung an Problemfeldern Jugendlicher des JAC Amsterdam, dann zeigt sich die spezielle Ausrichtung dieser Form von Beratung. Zudem muß einschränkend berücksichtigt werden, daß auch Eltern diese "anonyme Sprechstunde" besuchten. Somit ist nicht mehr genau festzustellen, was die bedeutendsten Probleme der Jugendlichen selbst waren. Daher können wir annehmen, daß diese Beratung von den ratsuchenden Jugendlichen eher als ein Ersatz für eine Erziehungsberatungsstelle angesehen wurde und nicht als eine neue Form der Beratung, die speziell für ihre Probleme als Heranwachsende entwickelt wurde. Gerade an der Rangfolge und Auswahl der "diagnostischen" Kategorien der Beratungsstunde läßt sich eine starke Anbindung dieser durchaus neuen Maßnahme an die traditionellen Aufgaben eines Jugendamtes ablesen.

Die "Fragen aus dem Bereich des Jugendschutzes" zeigen deutlich, daß hier Probleme unter dem pädagogischen Begriff des "Schützens" zusammengefaßt wurden, die von ihrem Inhalt her in gänzlich verschiedene Lebens- und Problembereiche fallen.

Hier werden nämlich einmal Freizeit- und Urlaubsangebote aufgelistet und zum anderen Probleme des Mißbrauchs von Drogen wie Alkohol, Nikotin und Rauschgift. Freizeit- und Urlaubswünsche sollten durch eine jugendgemäße Freizeitpädagogik aufgegriffen werden, die anderen Probleme durch entsprechende psychohygienische Maßnahmen, also durch prophylaktische Angebote der klinischen Psychologie und durch medizinisch-psychiatrische Hilfen.

Daß die Probleme aus dem "Bereich der körperlichen und geistigen Schäden" erst an letzter Stelle genannt werden, könnte als Hinweis auf den ganz spezifischen Charakter dieser Art von Jugendberatung gedeutet werden. Vergleichen wir diese Tabelle der Diagnostik und Maßnahmen mit der entsprechenden Tabelle des JAC Amsterdam (s. oben S.11), dann müssen wir hier eine starke Verlagerung der Schwerpunkte der Beratungsprobleme auf Wohnen, Arbeit und Schule feststellen, wohingegen psychische Probleme nur sehr wenig angesprochen werden - im JAC machten sie mit 15 % den größten Anteil aus. Nicht bekannt ist jedoch, wie die Jugendberater dieser "anonymen Sprechstunde des Jugendamtes" die verschiedenen Probleme der Jugendlichen aufgegriffen haben. Der Untersuchungsbericht von Ortrud ZETTEL (1972) macht keine Angaben über die Methode der Beratungsgespräche. (Im folgenden zweiten Teil werden wir einen Vergleich der verschiedenen Techniken eines Beratungsgespräches vorlegen.)

Wir dürfen also festhalten, daß durch diese Art der Jugendberatung als einfache Auslagerung allgemeiner Beratungsangebote des Jugendamtes in eine Institution der offenen Jugendpflege, nämlich das Jugendfreizeitheim, kein neues Angebot für Jugendliche geschaffen werden kann, das dem Vergleich mit einer eigenständigen Jugendberatungsstelle vom Typ des JAC Amsterdam standhielte.

2.2 Die Jugendberatung in Jugendinformationszentren

In der Bundesrepublik Deutschland besteht zur Zeit wahrscheinlich eine relativ große Anzahl von Jugendinformationszentren. Über diesen neuen Typ eines Beratungsangebotes der Jugendhilfe ist bisher aber erst sehr wenig veröffentlicht worden (vgl. bes. Mehr Chancen für die Jugend 1974, S.73 ff.).

In der relativ umfassenden Erhebung von Ortrud ZETTEL aus den Jahren 1970/1971 und früher wird dieser Beratungstyp nur mit einem einzigen Modell vorgestellt. Nach ihren Recherchen bestand damals in den ungefähr 40 Jugendämtern, die modellhafte Aktivitäten durchführten, nur ein einziges Jugendinformationszentrum (vgl. Zettel 1972, S.5).

2.2.1 Ziele und Aufgabenbereiche eines Jugendinformationszentrums anhand der Untersuchung von Ortrud ZETTEL (1972)

Ein bereits seit 1967 bestehendes Jugendinformationszentrum in einer westdeutschen Großstadt arbeitet - nach der Einschätzung von ZETTEL (1972, S.23) - primär als eine Einrichtung der Jugendpflege. Die hauptamtlichen Mitarbeiter besaßen "keine einschlägige sozialpädagogische Ausbildung" und sie sahen die Funktion des Jugendinformationszentrums als eine "Clearing-Stelle" des unmittelbar benachbarten Jugendamtes (vgl. Zettel 1972, S.21 und 23).

Die Ziele und das äußere Arrangement dieser Institution beschreibt Ortrud ZETTEL so:

"Das Zentrum befindet sich in den Räumen einer ehemaligen Gaststätte im Stadtzentrum und ist die ganze Woche hindurch - außer sonntags - ganztägig vom Vormittag bis zum späten Abend geöffnet.

Es verfügt über einen Aufenthaltsraum, der als Treffpunkt junger Leute zum kurzen Aufenthalt dient. Er hat eine 'Informationsbar', an der Jugendliche sich anhand dort ausliegender Materialien orientieren können. Ein kleiner Clubraum steht für Besprechungen und Einzelgespräche zur Verfügung.

'Ziel des Jugendinformationszentrum ist es,' wie der Arbeitskreis in einem internen Arbeitspapier formuliert, 'jungen Menschen mit Rat, Auskunft und Information zu helfen.' Das soll dadurch erreicht werden, daß Informationen über diejenigen

Institutionen, die für Jugendliche relevant sind, zentriert und den Besuchern zugänglich gemacht und in öffentlichen Veranstaltungen und Gesprächen Kontakte hergestellt werden; vor allem aber soll 'durch die Kontaktfähigkeit und Gesprächsbereitschaft des Personals die individuelle Information und Hilfe erfolgen' (Zettel 1972, S.21 f.).

Mit einer durchschnittlichen Besucheranzahl von ungefähr 200 hatten etwa 135 Jugendliche konkrete Fragen, zusätzlich wurden etwa 100 Anrufe täglich telefonisch beantwortet. Nur etwa zehn Besucher sprachen die Mitarbeiter wegen persönlicher Schwierigkeiten an.

Durch Analyse der Inhalte der Beratungsgespräche läßt sich eine relativ starke jugendpflegerische Ausrichtung dieses Typs einer Beratungsinstitution erkennen. Geordnet nach den prozentualen Anteilen der Anfragen ergibt sich folgende Tabelle (vgl. Zettel 1972, S.23):

1.)	Unterkunft	16,5 %
2.)	Reisen	15,5 %
3.)	Karten, Veranstaltungen	14,5 %
4.)	Bildung, Hobby	13,5 %
5.)	Verbände, Freizeitheime	10,6 %
6.)	persönliche Themen	8,5 %
7.)	Verschiedenes	21,9 %

Lediglich die Anfragen nach Unterkunftsmöglichkeiten lassen erkennen, daß auch Jugendliche mit wahrscheinlich schweren persönlichen Problemen in das Jugendinformationszentrum kamen. In der oben aufgeführten Jugendberatungsstelle des JAC-Amsterdam hatte sich das Problem der Wohnungsnot und zeitweiligen Obdachlosigkeit als ein wichtiges Anliegen herausgestellt (s. oben S.11, 21).

Nicht bekannt ist wiederum, welche Methoden die Mitarbeiter dieses Jugendinformationszentrums für die Durchführung der Beratungsgespräche anwandten. Neben der Bereitstellung materieller Hilfen und der Weitergabe von Informationen müssen die Jugendberater auch Beratungen bei persönlichen Konflikten und Problemen nach speziellen methodischen Regeln durchgeführt haben. (Weiter unten werden wir die wichtigsten Techniken der Jugendberatung miteinander vergleichen.)

2.2.2 Das "Jugend-Info-Zentrum" in Recklinghausen von 1971 bis 1974

Seit Bestehen des evtl. ersten Jugendinformationszentrums in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1967, das von ZETTEL (1972) vorgestellt wurde, sind erst sehr wenige Berichte über entsprechende Einrichtungen in anderen Städten veröffentlicht worden. Als Mitarbeiter eines Jugendinformationszentrums aus einer mittelgroßen Stadt im nördlichen Ruhrgebiet - nämlich Recklinghausen - berichtete WELT (1974) von seinen Erfahrungen und versuchte gleichzeitig darauf hinzuwirken, das Bestehen dieses Jugendinformationszentrums zu gewährleisten.

Trotz dieses Appells erreichte das JIZ (= Jugend-Info-Zentrum) als eigenständige Institution der Jugendberatung nur ein Lebensalter von drei Jahren. Danach wurde es in ein kombiniertes Jugendtreff- und Beratungszentrum integriert, das sowohl Freizeitgestaltung bieten als auch Bildungsangebote erstellen und schließlich persönliche Hilfen, Information und Beratung ermöglichen sollte.

Nach WELTs Einschätzung war eine der Ursachen, die zum Aufbau des JIZ führten, das unzureichende Angebot von offenen Freizeiteinrichtungen der Jugendpflege, obwohl die Stadt Recklinghausen im Jahre 1970 mit nur ungefähr 125 000 Einwohnern immerhin über vierzig Jugendfreizeitheime verfügte (vgl. Welt 1974, S.178). Ferner führt er die Diskussion innerhalb "der Jugendhilfe" über die Notwendigkeit eines eigenen Beratungsdienstes an.

Da aber in Recklinghausen bereits ein relativ differenziertes Angebot von verschiedenen Beratungsstellen oder ähnlichem existierte, befand sich das JIZ von Anfang an in einer schwierigen Situation. Nach den Angaben von WELT (1974, S.183) bestanden neben dem Info-Zentrum in Recklinghausen die folgenden Beratungsangebote:

"die Berufsinformation, Bildungsinformation, Reiseberatungsstellen, Erziehungsberatungsstelle, Beratung für Kriegsdienstverweigerer und die anonyme Drogenberatung" (Welt 1974, S.183).

Um diese verschiedenen Angebote transparenter und leichter erreichbar zu machen, empfahl WELT (1974) eine Zusammenlegung bzw. Zusammenarbeit dieser verschiedenen Institutionen mit Beratungsfunktionen. Damals schien diese Kooperation also nicht zu bestehen.

2.2.2.1 Sozio-Diagnostik im JIZ-Recklinghausen

An den verschiedenen Problemen der Informations- und Beratungsgespräche läßt sich in etwa ablesen, wie die Situation dieser Stadt für bestimmte Jugendliche in Recklinghausen gegeben war.

Fast 70 % der Besucher kamen ins JIZ, um sich hier lediglich aufzuhalten oder zu lesen und Gespräche mit anderen Jugendlichen zu führen. Immerhin 20 % nahmen auch an Gruppenberatungen teil, die lokale Initiativgruppen unterstützen wollten oder zu allgemeinen Themen angeboten wurden. Nur 10 % der Besucher wünschten bei persönlichen Fragen ein informelles Gespräch.

Aus diesen Angaben läßt sich also der Charakter des JIZ als ein Ersatz für ein offenes Jugendfreizeitheim erkennen. Als die Jugendberater sich nämlich in ihren Angeboten stärker auf ihre Funktion als Informations- und Beratungsstelle festlegten und eine breite Öffentlichkeitsarbeit zur Profilierung als "Beratungszentrum" in Gang setzten, entstanden plötzlich "spontane Aktionsgruppen (...), die sich um geeignete Ersatzräume (für einen Aufenthaltsort für Jugendliche - Ergänzung W.K.) bemühten" (Welt 1974, S.180). Mit organisatorischer und beratender Unterstützung durch die Mitarbeiter des Info-Zentrums wurden schließlich vier Jugendtreffs in verschiedenen Stadtteilen gefordert.

Die eigentlichen Beratungsanlässe der ratsuchenden Jugendlichen ließen sich wie folgt zusammenfassen:

"Jugendreisen (inclusive Herbergswerk)	37 %
Familie und Erziehung	14 %
Schule und Ausbildung	10 %
Veranstaltungen, Vereine, Verbände	10 %
Arbeit und Berufsbildung	9 %

Ferienjobs	7 %
Freizeit und Hobby	5 %
Fortbildung und entsprechende Einrichtungen	5 %
Zimmervermittlung	3 %"
(Welt 1974, S.181).	

Neben den Angeboten einer Reisevermittlung schien ein besonders großes Beratungsbedürfnis im Bereich von Schule, Ausbildung und Beruf zu bestehen. Immerhin 29 % (oder sogar 36 % - wenn man die Vermittlung von Ferienjobs dazuzählt) der Beratungsgespräche wurden über schulische oder berufliche Ausbildung und Fortbildung der Jugendlichen geführt.

2.2.2.2 Beratungsaktivitäten des JIZ Recklinghausen

Beratung. Durch persönliche Gespräche, die ungefähr 10 % der Besucher in Anspruch nahmen, wurden anscheinend kurze Beratungen vom Typ der Krisenintervention durchgeführt. Ob auch Beratungen mit mehreren Sitzungen angeboten wurden, kann aufgrund der Erfahrungen anderer Jugendberatungsstellen nur vermutet werden.

Über die Art der Gesprächsführung bei der Beratung wurde vom Mitarbeiter dieser Institution jedoch keine Angabe gemacht. Die verschiedenen Probleme aus der Familie, Ausbildung und Jugendhilfe erfordern wahrscheinlich eine Kombination der unterschiedlichen Techniken der Beratung.

Information. Die zweite wichtige Funktion des JIZ bestand in der Weitergabe von Informationen aus dem Bereich der Jugendhilfe. "Hierzu wird das verfügbare Material den Jugendlichen transparent gemacht und der Kontakt zwischen Jugendlichen und Informationsträgern vermittelt" (Welt 1974, S.180). Anhand einer Institutionskartei wurden die Angebote verschiedener Institutionen zugänglich gemacht (z.B. Kurse, Fahrten, Hobbygruppen), eine Jobkartei half beim Finden von Kurz- und Ferienarbeit, und als letztes wurden Wohnungsangebote eingeholt und weitergegeben.

Initiativen. Durch spezielle Sitzungen mit Initiativgruppen wurden "Ansätze für eigenes Engagement von Jugendlichen (...) durch die Mitarbeiter aufgegriffen und unterstützt" (Welt 1974, S.181). (Beispiel: Initiativgruppen für ein verbessertes Freizeitangebot, nämlich die "Jugend-Treff-Bewegung") (3)

2.3 Prophylaktische Informations- und Beratungsangebote in Jugendfreizeitheimen am Beispiel eines Jugendheimes in München

Neben den Jugendinformationszentren hat sich in den letzten Jahren eine weitere Form von Jugendberatung entwickelt, die nicht in einer eigentlichen Beratungsstelle für Jugendliche stattfindet, sondern in das Angebot eines "normalen" Jugendfreizeitheimes der Jugendpflege eingebettet ist.

Zielgruppe dieser Art von Jugendberatung ist das "durchschnittliche" Stammpublikum eines Jugendfreizeitheimes. Ihre Konzeption enthält deshalb entsprechende Vorschläge für eine zweckdienliche Freizeitgestaltung. Am Beispiel der "Kooperativen Jugendberatung Quiddestraße" in München-Neuperlach soll diese Form von Jugendberatung vorgestellt werden (vgl. Sowade u.a. 1975 a,b).

Da hier aber ein spezieller Begriff von Beratung zugrundegelegt wurde, soll zunächst dieser herausgearbeitet werden, um dann die Zielvorstellungen und Angebote dieser Art von "Jugendberatung" leichter verstehen zu können.

Nach dem Verständnis der Mitarbeiter dieser Beratungsform setzt Beratung im konventionellen Sinne eine akute Krise und einen subjektiven Leidensdruck voraus. Diese Situation sei aber "ein Extremfall für Beratung, deren Erfolg bereits erheblich in Frage gestellt ist: es liegen Schäden vor, die teilweise gar nicht mehr repariert werden können" (Sowade u.a. 1975 a, S.354).

Im Gegensatz hierzu will die offensive Jugendberatung vorbeugend an der latenten allgemeinen Krisensituation ansetzen,

indem man versucht, "die Probleme des Jugendlichen im Zeitabschnitt ihrer Entstehung für diesen handhabbar zu machen" (Sowade u.a. 1975 a, S.355). Ferner sagen die Mitarbeiter, daß Beratung sich zunächst darauf zu beschränken habe, Informationsdefizite bei subjektiven Entscheidungsvoraussetzungen auszugleichen, ohne daß es zu einer Bevormundung komme. Diese prophylaktische Beratung beinhalte auch, daß der Jugendberater in seiner Funktion als Jugendpfleger in einem Freizeitheim auf die Jugendlichen zugehen müsse, indem er Jugendtreffpunkte wie Diskotheken, Kinos, Sportvereine und Schulen besuche.

Neben dieser mehr prophylaktischen und informierenden Jugendberatung beabsichtigten die Mitarbeiter der "Kooperativen Jugendberatung" eine Aktivierung zur solidarischen Selbsthilfe.

Nach dem Prinzip der HILFE ZUR SELBSTHILFE müsse Beratung die Jugendlichen durch die Vorgabe geeigneter Aktivierungsmöglichkeiten zu eigenmotiviertem Orientierungsverhalten anregen und befähigen helfen.

Dieses geschah einmal durch eine Zusammenarbeit mit den Jugendlichen selbst, indem sie als betroffene und ältere ihre Erfahrungen und Informationen den anderen, evtl. jüngeren zur Verfügung stellten: sie fungierten also als "Hilfsberater" oder Laienberater. So ergänzten und unterstützten sie die Informationsmöglichkeiten der "Kooperativen Jugendberatung".

Zum anderen versuchten die Mitarbeiter, den Umfang von Einzelbetreuung möglichst klein zu halten, da hierdurch der gesellschaftlich bedingte Zustand der Jugendlichen, z.B. als Streß in der Schule oder bei der frustrierenden und vergeblichen Arbeitssuche, nicht zu verändern sei.

Sie schlugen deshalb eine gesellschaftspolitische Bewegung vor, die von den Betroffenen selbst getragen werden sollte.

"Die historisch gewachsenen Organisationsformen wie Gewerkschaften, Vertrauensleutekörper, Betriebsrat, Jugendvertretung, Vereinigungen und Parteien müssen von der unteren Ebene der Mitglieder her gestärkt oder reaktiviert werden, Jugendarbeit im Stadtteil kann in diesem Aufgabenbereich wichtige Funktionen übernehmen, indem sie die Jugendlichen mit diesen

Institutionen vertraut macht und mit ihren speziellen Mitteln eine allmähliche aktive Beteiligung innerhalb dieser Organisationen vorbereitet" (Sowade u.a. 1975 a, S. 357 f.).

Die praktische Informations- und Beratungsarbeit konzentrierte sich auf drei Bereiche: Berufsinformation, Aktion Arbeitsplatz und Jugendtreffpunkt.

Die Berufsinformationstage bestanden aus einer 14tägigen Veranstaltungsreihe für Haupt- und evtl. auch Realschüler in den Abschlußklassen. Ihr thematischer Schwerpunkt umfaßte die Probleme der Berufsfindung, Berufsvorbereitung und Lehrstellen- oder Arbeitsplatzsuche.

Die Aktion Arbeitsplatz bestand darin, daß Mitarbeiter in ausgesuchte Betriebe gingen und die Jugendlichen am Arbeits-/Ausbildungsplatz fotografierten. Hieraus wurden später Tonbildserien und Informationsmaterialien hergestellt, die einmal in der "Jugendberatungsstelle" selbst ausgestellt oder aber bei den jährlichen Berufsinformationstagen verwendet wurden. Der Bereich der Arbeit/Ausbildung wurde somit in das Freizeitheim getragen, und auch die Mitarbeiter lernten ihn kennen, wodurch die Jugendlichen eine Steigerung ihres Selbstbewußtseins erfahren konnten.

Das dritte Angebotsspektrum umfaßte den eigentlichen Freizeitbereich. Jeweils 40 bis 60 Jugendliche der 8. und 9. Hauptschulklasse besuchten schwerpunktmäßig den Jugendtreffpunkt.

Versuchen wir, eine Einschätzung dieser Form von Jugendberatung innerhalb eines Jugendfreizeitheimes zu geben, dann fällt die starke Verlagerung der Aktivitäten der Mitarbeiter auf relativ stark frequentierte Massenveranstaltungen, nämlich die Berufsinformationstage und den Jugendtreffpunkt, auf. Bezogen auf Beratung im Sinne von Einzel- oder Gruppenberatung, schien hier eher eine Massenberatung bzw. Informations- oder Freizeitgestaltung vorzuliegen, die sich an den Gesetzmäßigkeiten der Massenmedien orientiert.

So verschoben sich auch die Besuchergruppen dieser Angebote. Verglichen mit den Beratungsschwerpunkten des JAC Amsterdam,

schiienen die Jugendlichen hier keine schwerwiegenden Probleme zu haben, die sich mit den Etiketten Jugendarbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Schwangerschaftsprobleme oder Armut umschreiben lassen. Kurz: Hier wird keine Jugendberatung im eigentlichen Sinne der Jugendfürsorge, Psychohygiene und Gesundheitserziehung geleistet, sondern eher Aufklärungsarbeit bei speziellen "alltäglichen" Problemen für relativ "normale" Jugendliche, was impliziert, daß die "nicht-normalen" eben vor der Tür dieser "Kooperativen Jugendberatung" stehen bleiben mußten oder aber an andere Beratungsinstitutionen weitervermittelt wurden.

2.4 Jugendberatung für spezielle Zielgruppen: Arbeiterjugendliche und Randgruppen am Beispiel Berlin

Etwas andere Schwerpunkte als die jugendpflegerische Beratungsarbeit der prophylaktischen "Kooperativen Jugendberatung" in München setzen Beratungsmodelle, die sich speziell an die Klientel der Jugendhilfe und Jugendfürsorge wenden, die "harten Fälle" ZETTELS (1972).

Diese "harten Fälle" sind einmal noch relativ unauffällige, aber aus der Perspektive der Jugendhilfe doch gefährdete Jugendliche der Arbeiterschichten, die derzeit besonders stark von der Jugendarbeitslosigkeit betroffen sind und somit quasi "auf der Straße" liegen oder bereits "auf dem Strich" gelandet sind.

Zum anderen existieren hier die sogenannten Randgruppen der Jugendhilfe, die von der Jugendfürsorge und Sozialhilfe betreut werden.

Für beide Zielgruppen soll nun eine spezielle Form von Jugendberatung vorgestellt werden. Wir werden zunächst über ein Beratungsmodell für Arbeiterjugendliche aus Berlin berichten und dann über ein Modell für sogenannte "randständige Jugendliche".

2.4.1 Beratung für Arbeiterjugendliche in Berlin

Die "Konflikt- und Bildungsberatung für Arbeiterjugendliche" in West-Berlin wendet sich nach Angaben ihrer Mitarbeiter an die Zielgruppe der werktätigen Jugendlichen. Diese Arbeiterjugendlichen holen entweder telefonische Auskunft, kommen zu persönlichen Gesprächen in die Beratungsstelle oder sprechen mit den Jugendberatern in verschiedenen Jugendfreizeitheimen oder ähnlichen Einrichtungen. Die Arbeit dieser Jugendberatungsstelle besteht neben diesen persönlichen Gesprächen der Einzelberatung in Gruppenarbeit, Sozialarbeit, Gutachtertätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit, ferner in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Jugendfreizeitheimen, Jugendorganisationen und den Berufsschulen (vgl. GLÜNTZ u.a. 1975, ders. u.a. 1977).

Da die Mitarbeiter dieser Jugendberatungsstelle sich in ihrem Erfahrungsbericht nach dreijähriger Arbeit auch ausführlich über die von ihnen angewendeten Methoden der Gesprächsführung äußern, im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Modellaktivitäten, wollen wir auf diesen Punkt ausführlicher eingehen.

Gespräche über Konflikte der Arbeitswelt. Der größte Anteil von Beratungsanlässen sei ein akuter Konflikt, der von den Jugendlichen nicht allein gelöst werden könne. Die Konfliktursachen lägen meistens in der Arbeit oder in der Ausbildung der Jugendlichen.

Aufgrund von Beratungsgesprächen mit etwa 2.000 Arbeiterjugendlichen glauben die Mitarbeiter dieser Jugendberatungsstelle ihre Erfahrungen verallgemeinern zu können:

"Nach unserer Erfahrung hängt die Entstehung und Verfestigung psychischer Störungen bei Jugendlichen entscheidend mit Unsicherheiten der Arbeits- und Berufsperspektive und mit den realen Anforderungsstrukturen von Arbeitstätigkeiten zusammen.

Wenn man versucht, Arbeiterjugendliche durch Beratung und Therapie in ihrer Entwicklung zu unterstützen, muß man folglich deren konkrete Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsperspektiven zum zentralen Thema der Gespräche machen" (Gluntz u.a. 1977, S. 9).

Hilfen durch Gespräche. In dem ersten, meistens mehrere Stunden dauernden Beratungsgespräch versuchen Berater und Ratsuchender, die eigentliche Konfliktsituation zu begreifen, indem die konflikthaltige Situation am Arbeits- oder Ausbildungsplatz geschildert wird und ein Prozeß der Selbsterkenntnis in Gang gesetzt wird:

"Er kann hier darstellen, wie sehr er sich in einzelnen Lebensbereichen und Situationen belastet fühlt. Er hat hier die Möglichkeit, die Wirklichkeit am Arbeitsplatz mit seinen vorherigen Wünschen zu vergleichen und sich über die Ursachen der Differenz zwischen beiden bewußt zu werden" (Glunz u.a. 1975, S. 515).

Durch diese ersten Gespräche soll der Jugendliche seine bisherige Entwicklung noch einmal zusammenhängend und ohne Angst vor Strafen oder materiellen Sanktionen darstellen können (vgl. Glunz u.a. 1977, S. 29). Im Gegensatz jedoch zur Technik der Gesprächspsychotherapie lenken die Berater während der Anfangsphase der Beratung die Bemühungen des Jugendlichen um Selbsterkenntnis nicht auf "ihre Einschätzungen, Gefühle oder Haltungen zur Arbeit" (a.a.O., S. 22). Wichtiger sei es zu erfahren, wie die Jugendlichen sich in ihrer Arbeit darstellten, wie sie ihre eigenen Tätigkeiten beschrieben.

Das "Problemverhalten" der Jugendlichen stünde nicht im Mittelpunkt, sondern "die Bedingungen selbst und deren Einschätzung durch die Jugendlichen" (a.a.O., S. 22). Die widersprüchlichen gesellschaftlichen Einflüsse müßten berücksichtigt werden, damit ein Abbau von individuellen Schuldzuschreibungen erfolgen könne.

Beratungshilfen als Bildungsberatung. Die Ziele der Beratung bestünden darin, jeweils konkrete Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, indem einzelne Entwicklungsschritte zusammen mit den Jugendlichen geplant werden. Hier werden vor allem Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten wie das Nachholen von Schulabschlüssen, Hinweise auf finanzielle Förderungsmöglichkeiten gegeben und juristische und medizinische Fragen geklärt (vgl. Glunz u.a. 1978, S. 516 f.).

Für die große Gruppe der arbeitslosen Jugendlichen sei eine besonders intensive Ausbildungsplanung erforderlich. Da viele von ihnen über keinen Hauptschulabschluß verfügten, initiierten die Jugendarbeiter zusammen mit den Jungarbeitern eine Gruppe, die in Abendkursen den Hauptschulabschluß nachzumachen versuchte.

In einer abschließenden Bemerkung faßten sie die Ziele ihrer Jugendberatung so zusammen:

"Generell versuchen wir also, mit den Gesprächen den Jugendlichen Schritte auf dem Weg einer selbstbewußten Entwicklung zu ermöglichen. Es sind dieses oft die ersten Ansätze für die Jugendlichen, ihre Lebenssituation bewußt zu begreifen. Bei den nächsten Schritten können wir sie kaum noch begleiten. Dafür versuchen wir, sie in bestehende Gruppen der Jugendorganisationen, Gewerkschaften und Jugend-Freizeitheime zu integrieren. Wenn sich keine entsprechende und aufnahmebereite Gruppe finden läßt, versuchen wir, Gruppen für gleichgesinnte Jugendliche zu organisieren" (Gluntz u.a. 1975, S. 518).

2.4.2 Jugendberatung für randständige Jugendliche in Berlin

Eine Kontakt- und Beratungsstelle in Berlin wollte eine neue Form der Jugendarbeit anbieten, die "den Weg der traditionellen Jugendhilfe verläßt und den Versuch (unternimmt) (...), gemeinsam mit der Polizei randständiger Jugend (Trebegängern, Drogensüchtigen und Obdachlosen) zu helfen" (vgl. Zur Entstehung, Arbeitsweise und Zielvorstellung der Kontakt- und Beratungsstelle/Bln. 1972).

Bereits nach nur dreimonatiger Arbeit erstellten die Mitarbeiter dieser Kontakt- und Beratungsstelle eine Dokumentation. Obwohl sie ihre Arbeit aufgrund einer speziellen Situation in Berlin begonnen hatten - nämlich den Razzien, Kontrollen und Festnahmen durch die Berliner Polizei wegen Beschwerden aus Bürger- und Kirchenkreisen um die Gedächtniskirche -, war diese Jugendberatungsstelle doch mit dem g e n e r e l l e n Problem der "randständigen" Jugendlichen konfrontiert.

In der gängigen Sprache der betroffenen Sozial- und Polizeibehörden handelte es sich hier um folgende Gruppen: "Obdachlose -

Stadtstreicher - Alkoholiker - Trebegänger - Gammler - Freizeitgammler - Drogenkonsumenten (Kiffer, Fixer) - 'Problem-Touristen'" (Zur Entstehung 1972, S. 58). (5)

Lassen wir die Gründe zur Entstehung dieser Randständigkeit einmal außer Betracht (vgl. hierzu: Zur Entstehung 1972, S. 62) und wenden wir uns den Hilfeangeboten dieser Kontakt- und Beratungsstelle zu. Die intendierten Schwerpunkte ihrer Arbeit bestanden aus "Beratung, (Gruppen-)Gesprächen und der Funktion der Kontakt- und Beratungsstelle als Stützpunkt für den Außendienst. (Der Außendienst umfaßt dabei den Aufenthalt an Treffpunkten der Jugendlichen in der Stadt sowie die Betreuung der Jugendlichen in den beschafften Unterkünften)" (Zur Entstehung 1972, S. 65). Daneben entfiel viel Zeit auf die Beratung und Betreuung der Jugendlichen in den Übernachtungsräumen und in speziell angemieteten Wohnungen bzw. Wohngemeinschaften, die als Ersatzinstitution für Fürsorgeheime u.ä. fungierten. - Häufig waren die Jugendlichen bereits mehrmals aus verschiedenen Heimen entwichen und somit häufig nicht bereit, in ein Heim alten Typs zurückzukehren. (6)

Nach dieser Darstellung verschiedener institutioneller Formen der Jugendberatung, die entweder in bestehende Institutionen der Jugendhilfe integriert sind oder lediglich bestimmte Zielgruppen ansprechen, soll abschließend eine Modellinstitution einer eigenständigen Jugendberatungsstelle aus Stuttgart vorgestellt werden.

2.5 Das Modell einer kombinierten Drogen- und Jugendberatungsstelle in Stuttgart

Bereits im Jahre 1973 berichteten die beiden Mitarbeiter C.D. STAHL und W. PANZER über ihre Erfahrungen in einer Jugendberatungsstelle in Stuttgart. (7) Diese Beratungsinstitution bestand eigenständig neben der städtischen Erziehungsberatung und versuchte, deren Angebote zu ergänzen, indem sie speziell die Zielgruppe der Jugendlichen ansprach und nicht ausschließlich hilfesuschenden Eltern Beratungen anbieten wollte,

die überwiegend wegen Lern- und Leistungsstörungen ihrer noch schulpflichtigen Kinder und/oder Jugendlichen eine klassische Erziehungsberatungsstelle aufsuchen würden (vgl. Stahl, Panzer 1973, S. 20).

Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten institutionellen Formen der Jugendberatung bot diese Beratungsstelle auch drogengefährdeten und -abhängigen Jugendlichen vertrauliche, gegebenenfalls sogar anonyme Beratung an. (8) Wegen Schwierigkeiten, die aus Drogenmißbrauch entstanden, kamen schließlich auch 50-60 % der Klienten (vgl. a.a.O., S. 22). Bereits seit Beginn der siebziger Jahre zeigt sich jedoch im Bereich der Jugendberatung die Tendenz, eigenständige Drogenberatungsstellen einzurichten (vgl. Dritter Jugendbericht 1972, S. 72). Da der Erfahrungsbericht von STAHL/PANZER (1973) auch eine Statistik über die wichtigsten Störungsmerkmale der Besucher dieser Jugendberatungsstelle getrennt für drogengefährdete und Jugendliche ohne Drogenkonsum enthält, lassen sich aus diesen Angaben auch Rückschlüsse auf die Probleme von Besuchern einer eigenständigen Jugendberatungsstelle ziehen.

Tabelle der Störungsmerkmale (Ø %)

	dJ	JoD
Somatische - und Funktionsstörungen	48	26
Ichhafte Gefühlsstörungen	33	29
Verhaltensstörungen	46	34
Kontaktstörungen	30	46
Umweltkonflikte	40	32
gestört. Verh. zu Eltern	73+	61
disziplin. Stör. in Schule		
u. Beruf	41+	20+
Störungen im Leistungsbereich	44	25
(Leistungsstör. insges.)	74+	44+
Arbeitsunlust	33+	18+

(Vgl. Stahl, Panzer 1973, S. 23; bzw. s. Anm. 9)

Legende: dJ = drogengefährdete Jugendliche
 JoD = Jugendliche ohne Drogenkonsum
 + = nicht gemittelte %-Werte (9)

Die hier vorgelegte Systematik zur Erfassung verschiedener Störungsmerkmale ähnelt den üblichen Diagnoseschemata aus der Erziehungsberatung (vgl. z.B. Röttger, Oberborbeck 1976, S. 56 f.). Hiermit ließe sich auf eine starke Anlehnung der Diagnostik dieser Jugendberatungsstelle an die Erfordernisse der Erziehungsberatung schließen, die zumeist von Schulkindern in Anspruch genommen wird, wohingegen die Besucher dieser Jugendberatungsstelle zu 83 % älter als 16 Jahre waren (vgl. a.a.O., S. 21).

Verglichen mit den wesentlichen Problembereichen des JAC Amsterdam, nennt diese Tabelle von Störungen überwiegend kinder- und jugendpsychiatrische Symptome oder Symptomgruppen, die auch von der klinischen Psychologie als wichtige Symptome psychischer Störungen betrachtet werden. Das JAC Amsterdam dagegen legte keine psychologisch-psychiatrische Diagnostik vor, sondern orientierte sich an den konkreten Lebensbereichen der Jugendlichen und verschiedenen Problemsyndromen wie "psychische Probleme", "Sexualkonflikte", "Schwierigkeiten im Elternhaus" oder "Schul- und Berufssorgen" (vgl. Hülster 1973, S. 323 bzw. s. oben S. 11).

Die Hilfsmittel beider Jugendberatungsstellen lassen gewisse Ähnlichkeiten erkennen. Während jedoch das JAC Amsterdam auch soziale und materielle Hilfen für obdachlose Jugendliche und ledige junge Mütter anbietet, schien sich die "Jugendberatung der Stadt Stuttgart" stärker auf sozialtherapeutische und psychologische Hilfen zu beschränken, neben prophylaktischen Beratungsangeboten für Schulklassen, Jugendgruppen und verschiedene pädagogische Berufsgruppen.

Gegenüber den bisher vorgestellten Berichten anderer Jugendberatungsinstitutionen geben die Mitarbeiter dieser Beratungsstelle auch die Technik ihrer Arbeitsweise an:

"Die BETREUUNG erfolgt vorwiegend im Stil der non-directiven Gesprächstherapie und wird nach Möglichkeit ergänzt durch gezielte Arbeit in therapeutischen und sozialpädagogischen Gruppen" (Stahl, Panzer 1973, S. 20 f.).

Andere Techniken der Beratung und Psychotherapie wie psychoanalytische oder verhaltenstherapeutische schienen damals keine Verwendung gefunden zu haben. Für eine Beratung oder längerfristige Betreuung von Jugendlichen können aber auch verschiedene Elemente dieser Techniken kombiniert werden. Im zweiten Teil dieser Arbeit soll dieses Problem der Kombination verschiedener Technologien der Psychotherapie untersucht werden.

Die bisher vorgestellten Beratungsangebote der Jugendhilfe für Jugendliche und junge Menschen haben vielfältige Erfahrungen über die Möglichkeiten und Grenzen der Jugendberatung sammeln können. In der fachwissenschaftlichen Literatur der Jugendhilfe und verschiedenen offiziellen Dokumenten und Berichten der Bundesregierungen der 70er Jahre sind diese Erfahrungsberichte der modellhaften Aktivitäten der Jugendämter der Öffentlichkeit teilweise zugänglich gemacht worden.

Obwohl die ersten Modellexperimente über neue Formen der Beratung für Jugendliche bereits in den 60er Jahren durchgeführt wurden, konnte bis Ende der 70er Jahre die Jugendberatung als eigenständige Institution neben der Erziehungs- und Ehe- und Familienberatung nicht aufgebaut werden.

Bezüglich des Ausbaues von Erziehungsberatungsstellen mußte der "Dritte Jugendbericht" schon im Jahre 1972 feststellen, daß derzeit ein besorgniserregender Mangel an Erziehungsberatungsstellen bestünde. Als Begründung für diese Mangelsituation wurden die hohen Kosten dieser Beratungstätigkeiten der Jugendämter angegeben, die überwiegend örtlich durch die Gemeinden aufgebracht werden müßten (vgl. Dritter Jugendbericht 1972, S. 67). Da die ökonomische Situation der öffentlichen Haushalte sich bis Ende der siebziger Jahre eher verschlechtert hat, ist die Finanzierungslücke für den Neuaufbau eines Netzes von Jugendberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland nicht verwunderlich.

3. Problemfelder der Jugendberatung

Bisher hatten wir uns der Praxis der Jugendberatung zugewandt, indem wir die verschiedenen institutionellen Formen untersuchten und dabei die vielfältigen Probleme von Jugendlichen herauspräparierten. In diesem Abschnitt soll eine erste Verallgemeinerung der Probleme, die in der Jugendberatung anstehen, vorgenommen werden. Die verschiedenen Problembereiche Jugendlicher, so wie sie die Institutionen der Jugendberatung aufgreifen könnten, sollen dabei als inhaltliche Leitlinien dieser Analyse zugrundegelegt werden. Bezogen auf diese konkreten Problemfelder, sollen einige theoretische Aspekte der Jugendberatung aufgegriffen werden, vor allem Fragen nach den gesellschaftlichen Ursachen der Probleme Jugendlicher und den Zielen von Jugendberatung.

Wie wir oben bereits erwähnten, existiert zur Zeit keine (allgemeine) Beratungswissenschaft, die wir nur auf die Zielgruppe und Problembereiche von Jugendlichen zu spezifizieren brauchen. Wir werden uns deshalb auf die bedeutsamen Vorarbeiten des Funkkollegs "Beratung in der Erziehung" stützen (vgl. Deutsches Institut u.a. 1975 f.; Hornstein u.a. 1977 a,b).

Daneben werden wir neuere offizielle Dokumente der Bundesregierung und erziehungswissenschaftliche und andere Veröffentlichungen, die sich mit der Jugendhilfe und dem Jugendalter beschäftigen, heranziehen, um eine verallgemeinernde Darstellung von Problemen Jugendlicher liefern zu können.

Im Rahmen des Funkkollegs "Beratung in der Erziehung" versucht HORNSTEIN, die Rolle der Beratung in der mit besonderen Konflikten belasteten Altersstufe der Jugend zu bearbeiten (vgl. Hornstein 1976, S. 338; ders. 1977). Im vorigen Kapitel sind wir von den konkreten Problemen Jugendlicher ausgegangen, so wie sie an die verschiedenen Beratungsinstitutionen herangebracht und aufgegriffen werden. Auch HORNSTEIN (1976) kommt nach einer Sichtung des Erfahrungsmaterials von deutschen Modellen der Jugendberatung zu ähnlichen Ergebnissen. Nach seiner Meinung lassen sich vier Problembereiche Jugendlicher unter-

scheiden:

- 1.) "Konflikte und Probleme im Zusammenhang mit Beruf und Arbeit",
- 2.) "Konflikte und Probleme im Zusammenhang mit der Ablösung von der Elternfamilie und dem Bestreben, sich eine eigene Lebenswelt zu schaffen",
- 3.) "Konflikte im Bereich von Sexualität und Partnerschaft",
- 4.) "Konflikte und Probleme im persönlichen Bereich".

(Hornstein 1977, S. 512-521; vgl. ders. 1976, S. 32).

In diesem Kapitel werden wir wesentliche Probleme aus diesen vier Bereichen behandeln, indem wir uns auf die beiden Lernfelder des Betriebes und der Familie beschränken. Hierbei gehen wir von der Hypothese aus, daß viele persönliche und sexuelle Probleme Jugendlicher von der Familie und ihrem Umfeld einer bestimmten sozialen Schicht verursacht werden. Bezogen auf diese Problembereiche werden wir versuchen, eine präzise und möglichst konkrete Beschreibung von Jugendlichen und ihren Problemen vorzulegen. Im Vordergrund soll dabei stets die Frage stehen, wie diese Probleme der Jugendlichen mithilfe der Jugendberatung verhindert und gelöst werden können.

Um aber diese prophylaktische und helfende sozialpädagogische Arbeit als Jugendberater leisten zu können, benötigt man eine "Realutopie" einer geglückten Sozialisation. In zwei offiziellen Dokumenten aus den Jahren 1974/1975 sind diese Idealbilder einer geglückten Sozialisation veröffentlicht worden. Hier ist einmal der "Zweite Familienbericht" des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit aus dem Jahre 1975 zu nennen und zum anderen der vom gleichen Ministerium herausgegebene Bericht eines Ausschusses des Bundesjugendkuratoriums "Mehr Chancen für die Jugend", in dem grundlegende Vorstellungen über Inhalt und Begriff der modernen Jugendhilfe erörtert werden (vgl. Mehr Chancen für die Jugend 1974).

Das familienpolitische Dokument und der Bericht des Ausschusses formulieren Ziele der Erziehung und Sozialisation Jugendlicher, die mit den politischen Überzeugungen der sozial-liberalen Bundesregierung weitgehend übereinstimmen. Eine Begründung von Zielen und Normen der Erziehung mit einer allgemein anerkannten erziehungswissenschaftlichen Theorie ist unserer Meinung nach jedoch nicht möglich (vgl. Blankertz 1969; Meyer 1972; Hornstein u.a. 1975, S. 46-48). Schon aus diesem Grunde wollen wir auf eine Diskussion dieser Fragen verzichten, aber die Setzungen der obengenannten Dokumente und Gutachten als vorläufige Zielvorgaben akzeptieren.

Der Zweck der folgenden verallgemeinernden Darstellung wesentlicher Problembereiche Jugendlicher besteht darin, eine sozialpädagogische Symptomatologie oder Phänomenologie von Problemen Jugendlicher zu entwickeln. In einem der nächsten Kapitel sollen dann die Möglichkeiten der Jugendberatung als einer sozialpädagogischen Institution untersucht werden, diese Probleme Jugendlicher zu lösen. Wir werden die wesentlichen Theorien oder Konzeptionen der Beratung und Psychotherapie daraufhin befragen, inwiefern sie bei der Herstellung der geglückten Sozialisation Jugendlicher benutzbar sind.

3.1 Arbeits- und Berufsprobleme im Jugendalter

3.1.1 Aspekte in der Problematik der Berufswahl und Berufsausbildung Jugendlicher

Beim Eintritt in das Berufsleben müssen Jugendliche zwei wichtige Problemkomplexe lösen, nämlich die Entscheidung für einen Beruf und die Anpassungsschwierigkeiten nach dem Eintritt in die Arbeitswelt.

Berufswahl. Viele Probleme Jugendlicher im Zusammenhang mit ihrem Beruf sind nach Meinung HORNSTEINs (1977) das Ergebnis einer falschen Berufsentscheidung. Drei Gründe ließen sich für falsche Berufswahlen anführen: ein großes Informationsdefizit von Familien der Unterschicht; fehlender Einblick in Arbeits-

tätigkeiten von Jugendlichen, die in Neubaugebieten mit einer Trennung von Wohnen und Arbeiten aufwachsen und schließlich strukturelle, zum Teil rasch ablaufende Veränderungen im Beschäftigungssystem (vgl. Hornstein 1977, S. 513).

Neue empirische Untersuchungen über die Rolle der Eltern bei der Berufswahl Jugendlicher ließen die Tatsache erkennen,

"daß die Eltern offensichtlich weitgehend aus dem Gefühl der Unsicherheit und des Nicht-Informiertseins angesichts der für sie kaum mehr überschaubaren Komplexität und Vielfalt des beruflichen Bereichs und des Arbeitsmarktes darauf verzichten, von den Wünschen der Heranwachsenden abweichende Vorschläge zu machen. Die Hauptschulabgänger ihrerseits dürften die Reichweite und die Konsequenzen ihrer Berufs- und Ausbildungsentscheidungen kaum übersehen" (a.a.O., S. 514).

Wenn Eltern also ihre Jugendlichen in bestimmte Berufe zu drängen scheinen, mit denen sie eventuell selbst positive Erfahrungen gesammelt haben, dann zeigt sich aber hier auch ihr eigenes Ausgeliefertsein an die gegebenen Berufs- und Arbeitsplatzverhältnisse ihres Lebensbereiches einer ganz spezifischen sozialen Schicht. Ihre Kinder werden als Jugendliche trotz begrenzter Möglichkeiten zu sozialer und bildungsmäßiger Mobilität diesen Verhältnissen auch unterworfen sein.

Die Jugendberatung muß somit einerseits die berechtigten Ansprüche und Wünsche eines Jugendlichen, der sein Grundrecht auf freie Wahl eines Berufes, eines Arbeitsplatzes und einer Ausbildungsstätte (Artikel 12 Grundgesetz) verwirklicht sehen möchte, berücksichtigen, andererseits aber auch die begrenzten Chancen für die Findung eines Arbeitsplatzes bei relativ hoher Arbeitslosigkeit von Jugendlichen. Gerade die Haupt- und Sonderschulabgänger müssen zumeist mit dem begrenzten Angebot vorhandener Lehrstellen und Arbeitsplätze sich bescheiden, und oft sind diese Jugendlichen nicht einmal durch die Schule auf die Berufswahl vorbereitet worden. (10)

Nach Beendigung der Schulpflicht wechseln die meisten Jugendlichen der unteren Schichten in das duale Berufsbildungssystem über. Sie sind hier den Sozialisationseinflüssen von (Berufs-) Schule und Betrieb ausgesetzt und erfahren wesentliche Verände-

rungen ihrer persönlichen Identität, indem sie eine bestimmte "Berufsrolle" erlernen. Welche Konflikte und Probleme bei nicht wenigen Jugendlichen durch die betriebliche Ausbildung entstehen können, soll anhand der Ergebnisse der neueren deutschen Forschungen kurz vorgestellt werden (vgl. Hornstein u.a. 1975; Mair 1976). (11)

Nach Ansicht der Autoren des Gutachtenbandes "Lernen im Jugendalter" sind als erste Faktoren die Einflüsse der vorberuflichen Sozialisation durch die Elternfamilie und die Schule herauszuarbeiten (vgl. Hornstein u.a. 1975, S. 225). Durch die umfangreichen Untersuchungen der Sozialisationsforschung über schichtenspezifische Erziehungsstile sind die diskrepanten Ergebnisse der Unter- und Mittelschichtsozialisation auf die Einstellungen, Motivationen und Verhaltensweisen Jugendlicher gegenüber dem Bereich der Arbeit und des Betriebes bekannt.

Als Konsequenz läßt sich festhalten, daß "speziell in bezug auf die Vermittlung der beruflichen Realitäten (...) gerade die Unterschichtfamilie dieser Aufgabe nicht gerecht wird" (Hornstein u.a. 1975, S. 226). Die Mittelschichten dagegen vermitteln ihren Kindern und Jugendlichen eine stärkere Leistungsmotivation: "sie sind selbständiger, nicht auf sofortige Bedürfnisbefriedigung angewiesen, besitzen eine intrinsische Leistungsmotivation und handeln eigenverantwortlicher und reflektierter" (a.a.O., S. 226).

Die Qualität der eigentlichen beruflichen Sozialisation läßt sich an den Maßstäben "Planmäßigkeit", "Verbindung von Theorie und Praxis", "Qualifikation der Ausbilder" messen; bedeutsam sind ferner die Einhaltung der Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes und die Frage der Einbeziehung bzw. Freisetzung der Auszubildenden vom Produktionsprozeß (vgl. Hornstein u.a. 1975, S. 221).

Die Qualität der Ausbildung ergibt sich vor allem durch den Grad der Planung und Systematik: mehr als die Hälfte aller Betriebe der Studie von HEINEN u.a. (1972) wiesen kaum eine systematische Ausbildung auf. In vielen Betrieben wird auch

nur sehr wenig theoretische Ausbildung geleistet. Da die Ausbilder in seltenen Fällen fachlich und/oder pädagogisch qualifiziert sind, leidet hierunter die Qualität der Ausbildung. - Nach der Hamburger Studie wurden 64 % aller Lehrlinge von nicht entsprechend qualifizierten Mitarbeitern angeleitet und beraten (vgl. Hornstein u.a. 1975, S. 232).

Betrachtet man die Verstöße der Betriebe gegen die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes, dann kann man je nach Branchen differenziert sehr unterschiedliche Häufigkeiten feststellen: Am schlechtesten schneiden das Fleischerei- und Bäckerhandwerk, die handwerklichen Dienstleistungsgewerbe und der Einzelhandel ab.

Die Verstöße betreffen hauptsächlich drei Komplexe, erstens die Begrenzung der Arbeitszeiten auf 45 Stunden und die Pausenregelung, zweitens den Besuch der Berufsschule und die Anwesenheitspflicht im Betrieb an Berufsschultagen und drittens verschiedene andere gesetzliche Bestimmungen, nämlich "die Akkord-, Fließband- und Prämienarbeit, den Urlaub und die vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen" (Hornstein u.a. 1975, S. 237).

Als letzten Punkt wollen wir noch kurz auf die besondere "Aufgabe" der Lehrlinge als Hilfsarbeiter eingehen. Fast sämtliche Lehrlingsuntersuchungen haben nachgewiesen, daß ausbildungsbezogene oder ausbildungsfremde Neben- und Hilfstätigkeiten vor allem von Lehrlingen ausgeführt werden. Diese Hilfsfunktionen sind jedoch keinesfalls unbeabsichtigt, sondern - nach DAVITER (1973) - durch die besondere Aufgabenteilung von Lehrlingen und sonstigen Mitarbeitern quasi strukturell festgelegt.

Die Autoren resümieren diese Beschreibung der betrieblichen Sozialisation wie folgt:

"Die derzeitige Situation der betrieblichen Ausbildung bedarf einer erheblichen Verbesserung, wenn der Betrieb als Lernort in der Sekundarstufe II seinen ihm dort zugedachten Part spielen soll. Die Verbesserungsbedürftigkeit bezieht sich dabei sowohl auf die Bedingungen und Voraussetzungen der Ausbildung selbst (Planmäßigkeit, Verhältnis von Theorie und Praxis, Qualifikation der Ausbildung usw.) als insbesondere auch auf die Strukturen und Bedingungen des Betriebs als einem sozialen Feld

Alle Untersuchungsergebnisse (vgl. dazu zuletzt SEIDENSPINNER 1974) zwingen zu dem Schluß, daß betriebliche Ausbildung gleichbedeutend ist mit einem Prozeß der Anpassung an das betriebliche Herrschaftssystem, dessen Konsequenzen nicht ohne weiteres mit den Zielsetzungen der Reform der Sekundarstufe II vereinbar sind: ganz abgesehen davon, daß sie auch unter allgemeineren gesellschaftspolitischen Zielsetzungen nur als problematisch betrachtet werden müssen" (Hornstein u.a. 1975, S. 244).

3.1.2 Ziele einer offensiven Jugendhilfe für die berufliche Sozialisation Jugendlicher

Stellen wir dieser Lagebeschreibung der beruflichen Sozialisation die Ziele der offensiven Jugendhilfe gegenüber, so wie sie in der programmatischen Veröffentlichung "Mehr Chancen für die Jugend" (1974) formuliert werden, dann wird ein großer Aufgabenbereich sozialpädagogischer Jugendberatung sichtbar, sofern diese ihre Augen vor der Misere der Arbeitswelt nicht verschließt.

So werden Probleme der beruflichen Sozialisation in dieser programmatischen Veröffentlichung (1974) von einem Ausschuß formuliert unter dem Zielbegriff oder der Leitkategorie der "Produktivität" als einem ambivalenten Erziehungsziel, das zwei scheinbar gegensätzliche Inhalte aufweist, nämlich

"sowohl die Qualifizierung für die Leistungsgesellschaft mit der Befähigung zur Nutzung von Verfügungsrechten über die Güterproduktion durch das Individuum als auch das Vermögen zu kritischer Hinterfragbarkeit der Gegebenheiten und Tendenzen in der modernen Leistungsgesellschaft" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 101).

Wird jedoch die Leitkategorie der Produktivität oder Leistungsfähigkeit lediglich als ein einseitig ökonomisch orientierter Produktionsbegriff verstanden, dann sieht sich auch die Jugendhilfe verschiedenen Verweigerungsmöglichkeiten der Jugendlichen gegenüber. Ihre herausragenden konkreten Äußerungsformen zeigen sich in Rauschmittelkonsum, Kinder- und Jugendkriminalität als Leistungersatz oder eindringlichen Protest (vgl. Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 102).

Die Jugendhilfe habe hier die Aufgabe,

"einen positiven Leistungsbegriff mit humanem Inhalt zu entwickeln und ihn als Element einer Emanzipationsbestrebung zu interpretieren. Das bedeutet Kritik an der ökonomisch orientierten Produktivität, Distanz zu den Sozialisationsprozessen und Erarbeitung eines umfassenden Verständnisses von Leistung" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 102 f.).

Eine offensive sozialpädagogische Jugendberatung, die die konkreten beruflichen Probleme von Jugendlichen aufgreift und ihre Verknüpfungen zu den realen Verhältnissen in der Arbeitswelt aufzeigt, steht hiermit in direkter Übereinstimmung mit den Zielkonzeptionen des Ausschusses, der "Mehr Chancen für die Jugend" fordert.

Er resümiert die Aufgaben der Jugendhilfe bezüglich des Berufslebens der Jugendlichen wie folgt:

"Die Aufgabe der Jugendhilfe liegt in der Aufdeckung und Offenlegung der für die jeweiligen Defizite ursächlichen Fragestellung. Das aber verlangt von der Jugendhilfe langfristig eine konkrete 'Anleitung zur Aktion', einen Hinweis zur kritischen Analyse und gegebenenfalls zur Beeinflussung von Betrieben und Unternehmen als Sozialisationskerne.

So verstanden muß Jugendhilfe als kompensatorische und korrigierende Hilfe im Bereich der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft folgende Aufgaben erfüllen:

- Hilfestellung für junge Menschen leisten, ihren Standort erkennen;
- ihre Interessen und Bedürfnisse in einer Leistungsgesellschaft objektiv und subjektiv von ihnen selbst erarbeiten lassen (Metasozialisation);
- ihre Kreativität und emanzipatorische Aktivitäten zu ermöglichen;
- die ihnen in der Leistungsgesellschaft vermittelten Ziele kritisch zu hinterfragen;
- die notwendige Solidarität der Benachteiligten untereinander zu diskutieren" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 114).

Während wir bisher die Probleme Jugendlicher, die sich aufgrund ihrer Berufstätigkeit ergeben, vorwiegend aus einer soziologischen Perspektive betrachtet haben, soll hieran anschließend eine andere Auflistung von Berufsproblemen vorgestellt werden, die von den verschiedenen schwierigen Situationen in der Biographie eines Jugendlichen ausgeht, der von der Schule in die Arbeitswelt überwechselt. Dieser Vorschlag für eine Klassifikation von Arbeitsproblemen erhebt nicht den Anspruch auf

Vollständigkeit. Wir glauben aber, den großen Teil derjenigen Probleme erfaßt zu haben, die vom einzelnen Jugendlichen von seinem persönlichen Standpunkt her als problematisch empfunden werden können.

3.1.3 Arbeits- und Berufsprobleme in der Biographie eines Jugendlichen

Die sozialpädagogische Jugendberatung muß auch die Diskrepanz zwischen den Zielen einer offensiven Jugendhilfe und der Lage der Berufs- und Arbeitstätigkeit von Jugendlichen aufgreifen. Geht man von der Biographie oder dem Lebenslauf eines "durchschnittlichen" Jugendlichen aus, der eine Hauptschule oder Sonderschule besucht hat und in das duale System der beruflichen Bildung überwechselt, dann können sich eine Vielzahl von Problemen und Konflikten ergeben.

Wir wollen hier folgende Konfliktmöglichkeiten behandeln:

- 1) Berufsvorbereitung, 2) Berufswahl, 3) Arbeitslosigkeit,
- 4) Berufseinstiegsprobleme, 5) Arbeits- und Ausbildungsprobleme, 6) falsche Berufswahl, 7) besondere Belastungen der Arbeitstätigkeit, 8) Leistungs- und Persönlichkeitsbeurteilungen, 9) Beendigung der Ausbildungs- und Anlernzeit, 10) Arbeitsplatzwechsel.

1.) Berufsvorbereitung

Für Jugendliche, die in den Arbeitsprozeß eintreten wollen, stellt sich als erstes das Problem der Vorbereitung auf einen Beruf oder Arbeitsplatz. Abgesehen von den vorberuflichen Sozialisationseffekten der Familie, ergeben sich hier vor allem für die Schule wichtige Aufgaben für einen berufsvorbereitenden Unterricht. Da aber heute die Hilfen der Schulen sehr zu wünschen übriglassen, muß dieses Defizit eventuell für eine lange Zeit durch spezielle Angebote der außerschulischen Jugendbildung, der Jugendpflege und der sozialpädagogischen Jugendberatung ausgeglichen werden, sofern die Schule hier in relativ kurzer Zeit keine adäquaten Angebote darbieten kann.

2.) Berufswahl

Als nächste Klippe steht jeder Jugendliche vor dem Problem der Berufswahl und der Arbeitsplatzsuche. Nach psychologischem Verständnis ist die Berufswahlentscheidung lediglich ein "Motivationsproblem", denn die Berufswahl erscheint als ein interessen- und emotionsgesteuerter Prozeß, der je nach Berufsmotivation oder Berufsinteressen unterschiedlich ausfällt. Pädagogen jedoch betonen meist den Aspekt der "Berufswahlentscheidungsfähigkeit" (Blankertz), die vornehmlich eine Qualifikation darstellt und durch Erziehungs- und Bildungsprozesse, vor allem durch den berufsvorbereitenden Unterricht, herzustellen ist.

3.) Arbeitslosigkeit

Für viele Jugendliche stellt sich aber das Problem der Berufswahl vor allem als ein Problem der Vermeidung von Arbeitslosigkeit. Da in den siebziger Jahren bei knappem Angebot an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für Jugendliche je nach sozialer Schicht fast 20 bis 25 % aller Jugendlichen keine Arbeit finden, steht die sozialpädagogische Jugendberatung hier vor einem Dilemma. Soll sie die arbeitslosen Jugendlichen von der Straße holen, um mit ihnen "Freizeiterziehung" zu praktizieren, oder soll sie die Jugendlichen für den Erhalt eines Arbeitsplatzes qualifizieren und selbst Angebote einer Berufsausbildung anbieten? Je nach Verständnis der Aufgabe von Jugendberatung und Jugendhilfe wird diese Frage verschieden ausfallen.

4.) Berufseinstiegsprobleme

Für die Mehrzahl der Jugendlichen jedoch stellen sich nach der Entscheidung für einen bestimmten Beruf oder Arbeitsplatz Probleme des Berufseinstiegs. Viele Jugendliche sehen sich enttäuscht von den konkreten Bedingungen ihrer Arbeit, und hier könnte und müßte eine sozialpädagogische Jugendberatung bei den vielfältigen Eingewöhnungsschwierigkeiten des Übergangs in die Arbeitswelt helfen (vgl. Leitfaden 1973, S. 57-64, bes. S. 62).

5.) Arbeits- und Ausbildungsprobleme

Da eine Vielzahl von Problemen der Arbeitstätigkeit von Jugendlichen aber nicht nur in der relativ kurzen Zeitspanne nach Antritt einer Arbeits- und Ausbildungsstelle auftritt, sondern während der gesamten Arbeitsphase des jugendlichen Arbeitnehmers, muß die Jugendberatung für die verschiedenen möglichen Probleme offen sein.

Die besondere Situation des Jugendlichen als junger Mensch, der sich körperlich und geistig noch in der Entwicklung befindet, erfordert einen besonderen Schutz der Jugendhilfe, die sich vor allem als Hilfe bei der Gewährleistung und Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes konkretisiert.

6.) Falsche Berufswahl

Für die Jugendberatung ergeben sich besonders schwerwiegende Probleme nach einer falschen Berufswahl. Für viele Jugendliche ohne Ausbildung handelt es sich hier wahrscheinlich auch um das Problem der "falschen" Wahl eines ganz bestimmten Arbeitsplatzes, der nicht den Wünschen, Interessen und körperlichen und "geistigen" Kräften des Jugendlichen entspricht. Dieses Problem des falschen Berufes oder des falschen Arbeitsplatzes scheint so gravierend zu sein, daß viele Sozialpädagogen hiervor vielleicht gerne die Augen verschließen möchten. Hier werden Fragen der Arbeitsplatzgestaltung und der Zumutbarkeit von Arbeitsbedingungen angesprochen, die "eigentlich" nicht in den Aufgabenbereich der Sozialpädagogik fallen.

7.) Besondere Belastungen am Arbeitsplatz

Dieser Problemkomplex stellt die sozialpädagogische Jugendberatung vor vielfältige Aufgaben, die sie kaum alleine bewältigen kann. Hier muß eine Verbindung von gezielter Forschung der Arbeitswissenschaften und der Psychologie und Pädagogik erfolgen. Besonders die klinischen Disziplinen der Psychologie sind hier angesprochen, nämlich die Psychohygiene, psychologische Psychopathologie und die Psychosomatik. Da aber Jugendliche nur relativ kurzfristig den besonderen Belastungen be-

stimmter Arbeitsplätze unterliegen - sie gelten nach einigen Jahren bereits als Erwachsene -, sind bisher erst sehr wenige Untersuchungen über die negativen Auswirkungen von erschwerten Arbeitsbedingungen auf Jugendliche bekannt.

Aber auch die Forschungen der Arbeitsmedizin mit erwachsenen Arbeitnehmern ließen sich hier anführen, da vorwiegend erst nach längerem Arbeiten unter besonderen Arbeitsbelastungen negative Folgeerscheinungen festzustellen sein werden. Durch die künstliche Trennung der Forschungen über jüngere und ältere Arbeitnehmer oder aber wegen gänzlicher Nichtbeachtung des Faktors des Lebensalters und der Dauer von bestimmten Arbeitsbelastungen sind über diese Fragen nur Vermutungen möglich.

Daß eine sozialpädagogische Jugendberatung nur sehr geringe Einwirkungsmöglichkeiten auf die Bedingungen und Verhältnisse in den Betrieben hat, braucht nicht ausführlich belegt zu werden. Häufig scheint jedoch nur der Ausweg zu bleiben, einem einzelnen ratsuchenden Jugendlichen eine andere und "bessere" Arbeitsstelle zu verschaffen. Durch Zusammenarbeit mit anderen sozialen Berufen, besonders auch den Betriebsärzten bzw. "der" Arbeitsmedizin und den Organisationen der Arbeitnehmer, nämlich den Gewerkschaften, könnten hier langfristige Alternativen gesucht werden.

8.) Leistungs- und Persönlichkeitsbeurteilungen

Wenn wir bei den besonderen Bedingungen der Arbeit und des Berufes bleiben und weitere belastende Momente herausheben, dann dürfen wir die Einflüsse der verschiedenen Beurteilungen des Jugendlichen durch seine Vorgesetzten und Lehrer nicht vergessen. Hier können sich Konflikte ergeben, die von dem einzelnen Jugendlichen ohne fremde Hilfe nicht lösbar sind (vgl. auch Amelong, Zaworka 1976).

Die Probleme der Leistungsbeurteilung betreffen fast jeden jugendlichen Arbeitnehmer bereits vom ersten bis zum letzten Tage seiner Anlern-, Lehr- oder Ausbildungszeit und Arbeitsdauer als Jungarbeiter. Durch die verschiedenen Prüfungen werden bestimmte technische und fachliche Kenntnisse (oder Wissen)

und Fertigkeiten (oder Können) erhoben, die während der Ausbildung oder Anlernzeit gelehrt und geübt werden sollten. Welche Funktion eine Leistungsbeurteilung hat, kann jedoch nicht nur den offiziellen Verlautbarungen der Prüfer und ihrer Auftraggeber, z.B. der Industrie- und Handelskammer, entnommen werden, sondern müßte durch eine Analyse auch der latenten Funktionen von Leistungsbeurteilungen aufgedeckt werden.

Nach Meinung der Gewerkschaftsjugend würden hierdurch eher die Qualitäten der Ausbildung eines Betriebes gemessen als die Qualifikationen oder Fähigkeiten der auszubildenden Jugendlichen (vgl. Leitfaden 1973, S. 130), somit bestünde ihr realer Zweck eher in Selektion, Disziplinierung, Erziehung zu Konkurrenz und zur Unterordnung als in der Aufdeckung der Mängel der Ausbildung und der gezielten Förderung bestimmter Jugendlicher. Einige wenige sollten für eine höher qualifizierende Ausbildung selektiert werden, "der Rest soll auf der Strecke bleiben und sich daran die Schuld zuschreiben" (Leitfaden 1973, S. 133).

Welche Probleme zusätzlich durch die Persönlichkeitsbeurteilung anhand von Beurteilungsbögen entstehen können, sollte sozialpädagogischen Jugendberatern ebenfalls bekannt sein. Die Beurteilungsbögen versuchen, persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen zu erfassen, wodurch Aufschluß über die Eignung und somit den Verbleib im Betrieb und eventuelle Beförderungen erhalten werden soll. Obwohl die Fragwürdigkeit von Persönlichkeitsbeurteilungen in der Diskussion um die Diagnostik und Prognostik der Persönlichkeitsforschung der Psychologie betont wurde, werden hier von den Ausbildern und Vorgesetzten jugendlicher Arbeitnehmer Entscheidungen verlangt, die wichtige Folgen für die Identitätsfindung des Jugendlichen haben können.

Die sozialpädagogische Jugendberatung wird wahrscheinlich mit denjenigen Problemen konfrontiert, die sich aus negativen Persönlichkeitsbeurteilungen ergeben. Der Klient der Jugendfür-

sorge wird aller Wahrscheinlichkeit nach als beruflicher und "persönlicher" Versager beurteilt werden. Daß diese Jugendlichen dann mit einem verminderten Selbstwertgefühl und Tendenzen zu selbstdestruktivem Verhalten in die Beratungsstellen kommen, sollte einem Jugendberater nicht unverständlich sein. Welche Maßnahmen hier jedoch angebracht sind, ist eine zweite Frage. Psychoanalytisch ausgebildete Berater werden hier andere Hilfen geben als ein verhaltenstherapeutisch geschulter Berater, der zu einem Selbstbehauptungstraining greifen könnte. Auch die Methoden der Gesprächspsychotherapie sollen bei Problemen eines verminderten Selbstwertgefühls indiziert sein.

9.) Beendigung der Ausbildungs- oder Anlernzeit

Bleiben wir jedoch bei den Konfliktstellen der Biographie eines jugendlichen Arbeitnehmers, dann lassen sich die Probleme anführen, die am Ende der Ausbildungs- oder Anlernzeit entstehen können. Hier werden sich die negativen Ergebnisse der Leistungs- und Persönlichkeitsbeurteilung besonders massiv stellen. In der Terminologie des psychotherapeutischen Beraters treten besonders häufig Prüfungsjüngste oder Prüfungsneurosen auf. Die Literatur der entsprechenden klinischen Fachwissenschaften behandelt diese Probleme sumeist nur bei Studenten. Aber aus den Veröffentlichungen der Tagespresse und Jugendzeitschriften sind auch Berichte bekannt geworden, die von "gelungenen" oder versuchten Selbstmorden bei Schülern und Jugendlichen wegen schlechter Zeugnisse berichten.

In neueren Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie stößt man vorwiegend auf die sog. Schulschwierigkeiten bei Kindern, die "psychisch" oder "organisch" bedingt sein können (vgl. z.B. Harbauer 1975). Die diagnostische Kategorie "Berufsschwierigkeiten" taucht hier nicht auf.

In der Erwachsenenpsychiatrie dagegen wird die Unfähigkeit, bestimmten beruflichen Tätigkeiten nachzugehen, als Beschäftigungs- oder Berufsneurose bezeichnet, z.B. heißt die Unfähig-

keit zu schreiben bei "schreibenden" Berufen Schreibkrampf (vgl. Peters 1974, S. 54). Berücksichtigen wir die vielfältigen Formen der Arbeitsverweigerung und Ablehnung bestimmter beruflicher Tätigkeiten, die nicht diese extreme Form einer Neurose angenommen haben, dann läßt sich jedes "Weglaufen" von einer bestimmten Arbeitsstelle als ein Symptom auffassen, das auf die Verhältnisse am Arbeitsplatz hinweist. - Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird anscheinend häufiger mit dem Weglaufen aus dem Elternhaus konfrontiert (vgl. z.B. Harbauer 1975, S. 125 f.).

Da wir hier Probleme der Beendigung von Anlern- und Ausbildungszeit behandeln wollten, müssen auch diese Formen der Verweigerung einer "normalen" Beendigung (durch z.B. Abschlußprüfungen) hier aufgeführt werden.

Diese "nicht-normalen" Formen der Beendigung von Arbeitsverhältnissen durch Jugendliche stellen die Jugendhilfe und Jugendfürsorge vor bedeutende Probleme, wie sich auch aus den Gründen für die Anordnung von Fürsorgeerziehung ersehen läßt. Nach Untersuchungen von PONGRATZ/HÜBNER (1959) und SPECHT (1967) ist Arbeitsunlust als Schulschwänzen oder Arbeitsbummelei einer der häufigsten Einweisungsgründe in die Fürsorgeerziehung (vgl. auch Ahlheim u.a. 1971, S. 87 f.).

Auch bei der Darstellung von Formen der Jugendberatung für randständige Jugendliche waren uns die "Obdachlose(n) - Stadstreicher - Alkoholiker - Trebegänger - Gammeler (...)" als die verschiedenen hilfsbedürftigen Jugendlichen einer sozialpädagogischen Jugendberatung genannt worden (vgl. Zur Entstehung 1972, S. 58). Neben dem "Symptom" des Weglaufens aus dem Elternhaus u.ä. haben diese Gruppen auch das gemeinsame Merkmal der "Arbeitsunlust", deshalb ist auch häufig ein Eingriff der Jugendhilfebehörden zu erwarten, die diese Jugendlichen vor einer weiteren "Gefährdung" zu schützen suchen.

Entsprechend sagt der Jugendpsychiater HARBAUER (1975, S.125): "Die Verhaltensweise (des Weglaufens aus dem Elternhaus, W.K.) kann sich fixieren, und bei entsprechend registrierter Enttäuschung zur Dissozialität und Verwahrlosung führen."

Bei der heutigen hohen Quote von Jugendarbeitslosigkeit gilt diese These eines Kinder- und Jugendpsychiaters wahrscheinlich nicht mehr, aber die Möglichkeit eines Hinausfallens aus den Strukturen und Verbindlichkeiten entsprechender sozialer Gruppen und Schichten besteht wahrscheinlich trotzdem.

10.) Arbeitsplatzwechsel

Als letzter Problemkomplex aus dem Bereich von Arbeit und Beruf stellen sich Probleme beim Arbeitsplatzwechsel. Nach der Beendigung der Anlern- oder Ausbildungszeit muß ein Großteil aller Jugendlichen ihren Betrieb verlassen und sich einen neuen "Job" suchen. Viele werden dann von einer Dequalifizierung betroffen und müssen Arbeitsplätze akzeptieren, die ihren Ausbildungsgängen nicht entsprechen.

Nach BAETHEGE (1975) belegen bereits ältere Untersuchungen eine deutliche Tendenz zur Dequalifizierung bei einem Berufswechsel aus einem kleineren Betrieb oder Dienstleistungsunternehmen, was auch durch neuere Untersuchungen bestätigt wird.

"Diese Wechselprozesse sind in erheblichem Maße von der Ausbildungsstruktur bedingt; die höchsten und die mit den eindeutigsten Dequalifizierungseffekten versehenen Wechsel gehen zu Lasten von handwerklich ausgebildeten Arbeitskräften, die nach ihrem Wechsel häufig in Ungelernten- oder Angelernten-Positionen arbeiten müssen. Selbst wenn ein Wechsel nicht mit materiellen Einbußen verbunden ist, so bedeutet er in vielen Fällen unterwertige Beschäftigung und noch häufiger die weitgehende Entwertung der Ausbildung in der Jugend" (Baethge 1975, S. 273).

Da Jugendliche der Unterschichten als Klienten der Jugendhilfe und Jugendfürsorge auch als Ratsuchende in die Jugendberatung kommen, wird ein Berater wahrscheinlich häufig vor der Frage stehen, ob er einem einzelnen Jugendlichen die Weiterführung eines Lehrverhältnisses empfehlen soll. Hier läßt sich aufgrund der Ergebnisse der Berufsbildungsforschung keine eindeutige Aussage machen.

Nach dieser Auflistung wichtiger Konfliktstellen der Arbeits- und Berufstätigkeit von Jugendlichen wollen wir uns einem

zweiten wesentlichen Problembereich zuwenden, der einen großen Anteil von Verursachungsmomenten der vielfältigen konkreten Probleme und Nöte Jugendlicher umfaßt: das Zusammenleben und Wohnen in der Familie. In diesem Abschnitt werden wir auch persönliche und zum Teil sexuelle Schwierigkeiten Jugendlicher ansprechen, indem wir uns auf diejenige Schule der Psychotherapie beschränken, die wichtige Aussagen über die Ätiologie dieser Störungen macht, nämlich die FREUDsche Psychoanalyse.

3.2 Familienkonflikte im Jugendalter

Probleme und Konflikte Jugendlicher haben nach HORNSTEIN (1977, S. 511) vor allem zu tun

"mit der Ablösung von der Elternfamilie und dem Eingehen von Partnerbeziehungen (...); hierher gehören insbesondere Konflikte mit den Eltern wegen der Wahl der Freunde, wegen der Finanzierung weiterer Ausbildungsgänge, wegen der Form der Freizeitbeschäftigung; eine große Rolle spielen in diesem Zusammenhang Fragen des eigenen Zimmers, des eigenen Lebensstils."

Ergänzt man diesen Problemkatalog um die Beratungsanlässe und Aktivitäten einiger Jugendberatungsinstitutionen in großen Städten, dann wird die Bedeutung des Zusammenlebens in einer Familie oder einer familienähnlichen Wohnform einer Wohngemeinschaft offensichtlich.

Obwohl die große Anzahl von Konflikten Jugendlicher mit ihren Eltern (und "Ersatzeltern" verschiedener Art) jedem Sozialarbeiter, Erzieher, Lehrer, Kinder- und Jugendpsychiater, der Polizei und den Jugendberatern aus täglicher Praxis bekannt sein dürfte, bietet die sozialwissenschaftliche Jugendforschung ein gänzlich anderes Bild. Nach Ansicht HORNSTEINs (1977, S. 515) wird "das Verhältnis zwischen Eltern und Heranwachsenden als völlig harmonisch und problemfrei" dargestellt. Diese Forschungsergebnisse scheinen somit veraltet zu sein und nur für eine "rosige" Vergangenheit irgendwelcher jugendfreundlicher Zeiten Gültigkeit zu haben oder aber diese Forschungen waren bereits seit Jahrzehnten unpräzise (vgl. Schurian 1976).

In dem Gutachtenband des Deutschen Bildungsrates über "Lernen im Jugendalter" versuchen die Autoren trotz mangelhafter Ergebnisse der anglo-amerikanischen empirischen Familienforschung die wichtigsten Konfliktpunkte der Familiensozialisation herauszuarbeiten, indem sie fast ausschließlich auf deutsche Forschungsergebnisse zurückgreifen. Da aber fast ausschließlich Untersuchungen über die Sozialisation von Kindern vorliegen, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob die Einflüsse der familiären Kindererziehung und -sozialisation auch bis in das Jugendalter weiterwirken (vgl. Hornstein u.a. 1975, S. 22).

3.2.1 Soziologische Aspekte der Familiensozialisation Jugendlicher

Die Autoren des Gutachtenbandes stellen einleitend fest, "daß die Familie auf der Basis ihrer ökonomischen Leistungen gegenüber der unselbständigen Jugend eine bedeutsame Instanz sozialen Einflusses bleibt" (Hornstein u.a. 1975, S. 78). Anhand verschiedener Untersuchungen versuchen sie, diese These zu belegen, müssen aber einschränkend feststellen, daß die besonderen Probleme der Jugendlichen bisher von der Sozialisationsforschung nur sehr spärlich untersucht wurden. Lediglich das Problem der Bedingungen der Ausbildungswege und Bildungsentscheidungen hat eine Reihe von zusammenhängenden Untersuchungen hervorgebracht, welche die familialen Einflußgrößen herausarbeiten.

Die deutschsprachige soziologische Familienforschung hat sich vor allem mit zwei Themenbereichen beschäftigt, einmal mit den verschiedenen Funktionen der familialen Sozialisation und zum zweiten mit den Ablösungsbestrebungen Jugendlicher in interaktioneller und normativer Hinsicht.

Die bedeutsame Erziehungsfunktion der Kernfamilie besteht in der primären Sozialisation. Dem Kinde wird durch die Identifikation mit den Eltern ein grundlegendes Verhaltensrepertoire vermittelt, das vor allem in der erfolgreichen Unterscheidung

und Verinnerlichung von Alters- und Geschlechtsrollen besteht, durch welche die Familie strukturiert ist (vgl. Hornstein u.a. 1975, S. 78). Hiermit werden grundlegende Persönlichkeitsmerkmale der psychosexuellen Identität oder des psychosexuellen Geschlechtes anerzogen, die für die Aufnahme von normalen sexuellen, partnerschaftlichen und freundschaftlichen Beziehungen in der Pubertät und danach notwendig sind.

Welche Bedeutung die Familie jedoch im einzelnen speziell für das Erlernen von Jugendlichen-, Heranwachsenden- und Erwachsenenrollen spielt, ist bisher von der Sozialisationsforschung kaum untersucht worden. Deshalb müssen die Autoren auch zu allgemeinen Untersuchungen greifen, die die verschiedenen familialen Funktionen belegen.

Die Autoren kommen schließlich zu dem Ergebnis, daß aufgrund des bekannten "Funktionsverlustes" der isolierten Kleinfamilie fast sämtliche familialen Funktionen an gesellschaftliche Institutionen abgegeben wurden.

"An die Stelle einer möglichen Produktion innerhalb der Großfamilie tritt der Betrieb, die Fabrik, in der die berufliche Rolle und Position durch familienfremde Verhaltensorientierungen erworben werden muß; auf dem Erziehungssektor substituieren schon früh sekundäre Sozialisationsinstanzen familiäre Leistungen; Freizeitaktivitäten werden durch Freundesgruppen aus Schule, Betrieb und Nachbarschaft und durch Massenmedien geprägt" (Hornstein u.a. 1975, S. 81).

Für Jugendliche hat die Familie lediglich noch Reproduktions- und Intimfunktion.

Die Reproduktionsfunktion erschöpft sich jedoch nicht allein in der Befriedigung rein physiologischer Grundbedürfnisse wie Ernährung und Schlafen, sondern beinhaltet auch verschiedene Tätigkeiten im Haushalt, gemeinsame Benutzung von Konsumgütern und kulturellen Gütern.

Die Funktion der Entlastung und des Spannungsausgleiches erfüllt die Familie durch direkte und intime Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern. Das einzelne Mitglied habe - nach CLAESSENS (1962) - in der Familie als einem "Raum der Selbstdarstellung" die Möglichkeit, emotionale

Spannungen auszugleichen und Individualität, Selbsterfahrung zu erleben.

Da aber diese Angaben nur sehr allgemein sind und die verschiedenen Lebensverhältnisse unterschiedlicher sozialer Gruppen und Schichten nicht aufgegriffen werden, sind sie für die Jugendberatung relativ wenig aussagekräftig. Auch die Darstellung allgemeiner Befunde empirischer Erhebungen über die Ablösungsbestrebungen Jugendlicher können nur vage Interpretationen erlauben.

Aus bereits älteren Untersuchungen der sechziger Jahre liegen einige wenige Daten über Probleme Jugendlicher mit ihren Eltern vor. (12)

Die wohl ergiebigsten Aussagen über konkrete Probleme hat BLÜCHER bereits 1966 veröffentlicht. Die Autoren fassen sie in wenigen Worten zusammen:

"In Befragungen beklagen sich die Jugendlichen vorwiegend über zu große Kontrolle durch die Eltern, auf die entweder resignativ oder aufbegehrend reagiert wird. Die Nennungen der wichtigsten Konfliktpunkte des Verhältnisses zwischen Jugendlichen und Eltern beziehen sich vor allem auf die selbständige Verfügung über freie Zeit, über die Verwendung selbst verdienten Geldes oder Taschengeldes, und auf die Beziehungen zum Freund bzw. der Freundin, auf gemeinsame gesellige Kontakte und Verabredungen und Freizeitbeschäftigungen (BLÜCHER 1966, S. 104f.)" (zit. n. Hornstein u.a. 1975, S. 85).

Über die Häufigkeit und die Intensität der Interaktionen Jugendlicher mit ihren Eltern sind auch nur wenige Daten bekannt. Als allgemeine Tendenz läßt sich eben eine Ablösung der Jugendlichen von der Familie insofern feststellen, daß Jugendliche mit zunehmendem Alter ihre Eltern als Freizeitpartner ablehnen und immer häufiger ihre Freizeit mit Gleichaltrigen verbringen.

Auch über die Gründe dieses Verhaltens können selbst neuere Untersuchungen nur Vermutungen ans Tageslicht fördern. Nach NAHRSTEDT (1973) darf man annehmen, "daß die Freizeitwünsche der Eltern für ihre Kinder weitaus pädagogischer und diszipliniert orientierter ausgerichtet sind, als es den Interessen der

betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen entspräche" (Hornstein u.a. 1975, S. 87).

Neben diesen Ablösungstendenzen auf der Interaktionsebene lassen sich zwischen 15 und 19 Jahren auf der normativen Ebene Bemühungen der Jugendlichen erkennen, sich der elterlichen Kontrolle, Aufsicht und Beratung zu entziehen: mit zunehmendem Alter werden die Eltern - besonders die Mutter - immer weniger als Vertrauensperson gewählt oder bei persönlichen Problemen um Rat gefragt (vgl. a.a.O., S. 89f.).

3.2.2 Zwei Zielkonzepte einer "geglückten" Familiensozialisation

Um die wichtigsten Konfliktpunkte der Erziehung oder Sozialisation in Familien herauszuarbeiten, wollen wir noch einen anderen Weg als die Sichtung der sozialwissenschaftlichen Untersuchungen einschlagen. Wir werden die extremen Ergebnisse einer falschen oder fehlgelaufenen Familiensozialisation herausgreifen, um auf dem Hintergrund dieser Pathologie der Familiensozialisation die vielfältigen Formen des Überganges zu diesen "pathologischen" Formen erkennen zu können.

Solange die Familiensozialisation "normal" verläuft, werden weder die betroffenen Kinder und Jugendlichen noch ihre Eltern oder Vertreter des öffentlichen (Ersatz-)Erziehungssystems der Jugendhilfe aktiv.

Verläuft jedoch die Familiensozialisation nicht innerhalb der Spannweite der Standards und Selbstverständlichkeiten der verschiedenen Gruppen und Schichten, dann werden oft bereits im Kindesalter - also vor dem 14. Lebensjahr - die Institutionen der öffentlichen Bildung und Erziehung, besonders Schule und Jugendamt, diese "auffälligen" Kinder und ihre Erzieher, nämlich die Eltern, kontaktieren. Für unsere Zwecke wären somit die Erfahrungen verschiedener Institutionen relevant, die für "unnormale" Erziehungs- und Entwicklungsprozesse zuständig sind. Hier wären einmal die Institutionen der familienergänzenden und -ersetzenden Erziehung für sog.

"normale" Kinder und Jugendliche zu nennen, die sowohl die verschiedenen Schulformen als auch Heime und Pflegefamilien umfassen; zum anderen die Institutionen für "nicht normale" oder dissoziale Kinder und Jugendliche, nämlich Fürsorgeheime, Jugendstrafanstalten und jugendpsychiatrische Anstalten (vgl. auch Spiel 1976, S. 96ff.). Da wir uns hier auf ambulante Formen der Jugendhilfe beschränken wollen, können wir viele spezielle Gegebenheiten der Erziehung und Resozialisierung in geschlossenen Erziehungsinstitutionen unberücksichtigt lassen.

Jegliche Beurteilung der Ergebnisse der Familiensozialisation als "pathologisch" oder "nicht-sozialisiert", "dissozial", setzt jedoch einen Beurteilungsmaßstab darüber voraus, was noch als "normale" Familiensozialisation zu bezeichnen ist. Bevor wir also die verschiedenen Konzepte zur "pathologischen" Familiensozialisation vorstellen, müssen wir die vorausgesetzten Standards einer "geglückten" Familiensozialisation darlegen.

In den beiden Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, nämlich dem "Zweiten Familienbericht" (1975) und "Mehr Chancen für die Jugend" (1974), sind entsprechende Zielvorstellungen formuliert. Diese sollen den weiteren Ausführungen zugrunde gelegt werden, da sie unserer Meinung nach eine erhöhte Konsensbildung im Rahmen der Diskussion um die Erziehungsziele der Jugendernerziehung ermöglichen.

Hiermit soll keineswegs die Ziel- und Normendiskussion in den Erziehungswissenschaften als unbedeutend hingestellt werden. Vielmehr müssen wir uns auf ein pragmatisches Vorgehen beschränken.

Weiter unten werden wir auch feststellen, daß die Zielkonzepte der Familien-, Jugendpolitik und Erziehungswissenschaften, Sozialarbeit/Sozialpädagogik sich nicht bruchlos auf die zumeist psychotherapeutisch vergehende Jugendberatungstätigkeit übertragen lassen. Die sozialpädagogische

Jugendberatung weist gegenüber den Lernfeldern von Familie und Jugendhilfe ganz spezielle Besonderheiten auf, die bei der Formulierung von speziellen Zielen der sozialpädagogischen Jugendberatung berücksichtigt werden müssen.

Wenn wir im zweiten Teil die verschiedenen psychologischen Behandlungskonzepte der Jugendberatung miteinander vergleichen, werden wir dabei die besonderen Möglichkeiten dieser Hilfeform herausarbeiten und sehen, daß die sozialpädagogische Jugendberatung im Rahmen ihrer Hilfsmöglichkeiten nur begrenzte Ziele erreichen kann, die gegenüber den Erziehungs- und Sozialisationszielen der Familien-, Jugendpolitik und Jugendhilfe ihre Eigenständigkeiten und Besonderheiten behalten werden.

3.2.2.1 Familienpolitische Ziele einer "geglückten" Familiensozialisation aus dem "Zweiten Familienbericht" (1975)

Der "Zweite Familienbericht" (1975) hält die Formulierung von Erziehungs- oder Sozialisationszielen deshalb für erforderlich, weil das Urteil über und die Empfehlungen zur Familienpolitik einen Konsensus darüber voraussetzen,

"was die Familie im Bereich der Erziehung zu leisten habe. Funktionen und Disfunktionen von Familie und Familienpolitik lassen sich im Bereich der Erziehung nur an einem Maßstab bestimmen, der bezeichnet, zu welchen Menschen die Kinder erzogen werden sollen. In diesem Sinne sind als verbindlich erachtete Erziehungsziele festzulegen" (Zweiter Familienbericht 1975, S. 12 f.).

Diese Erziehungsziele sind abhängig von dem zugrundegelegten Erziehungsbegriff. Statt "Erziehung" oder "Lernen" verwendet die Kommission vernehalich den Begriff "Sozialisation". Hierunter versteht sie "das durch die soziale Umwelt vermittelte Lernen von Verhaltensweisen, von Denkstilen, Gefühlen, Kenntnissen, Motivationen und Werthaltungen" (a.a.O., S. 13).

Wie die Kommission ihre Entscheidung für bestimmte Sozialis-

sationsziele begründet und rechtfertigt, läßt sich der thesenartigen Zusammenfassung ihrer ausführlichen und schwierigen Diskussion der Selbstverständigung entnehmen.

Die wesentlichen Legitimationskriterien können in vier Thesen zusammengefaßt werden:

1.) Die impliziten Werte der Sozialisationsziele sollen sich möglichst "aus allgemeinen kulturellen Werten unserer Gesellschaft, vornehmlich aus den im Grundgesetz bezeichneten Qualitäten von Grundrechten ableiten lassen."

2.) Die normativen Sozialisationsziele sollen "das Wünschbare mit dem Machbaren (...) vermitteln", wobei sowohl kurzfristige als auch langfristige Veränderungen der gesellschaftlichen Lebensbedingungen im Auge behalten werden müssen.

3.) Die Ziele müssen so allgemein sein, "daß keine gesellschaftliche Gruppe von der Möglichkeit der Zielerreichung prinzipiell ausgeschlossen ist".

4.) "Als allgemeine Sozialisationsziele können sie keine Bestimmungen darüber enthalten, was der einzelne konkret denken, fühlen, glauben und wollen soll."
(Zweiter Familienbericht 1975, S. 13 f.)

Ausgehend von diesen allgemeinen Legitimationskriterien zur Bestimmung von Sozialisationszielen formuliert die Kommission einen Katalog von sechs Zielen, die mit den folgenden Kategorien bezeichnet werden: Selbstsicherheit, Gewissen, intellektuelle Fähigkeiten, Leistungsmotivation, Empathie/Solidarität und Fähigkeit zur angemessenen Konfliktlösung.

Die Definitionen dieser Ziele der Familiensozialisation sollen hier vollständig wiedergegeben werden:

"(a) Durch Sozialisation sollen Kinder ein Maß von Selbstsicherheit entwickeln, das sie einerseits davor bewahrt, sich aufgrund negativer Selbstbilder in dauerhafte Abhängigkeit von anderen zu flüchten und dabei jeglichem Autoritätsdruck ängstlich nachzugeben, das sie andererseits aber auch davor schützt, selbstgerecht und lernunfähig zu werden.

(b) Sozialisation soll zur Bildung eines Gewissens beitragen, das einerseits stark genug ist, um spontane Bedürfnisse ebenso wie soziale Zumutungen moralisch kontrollieren zu können, das sich andererseits aber

auch nicht auf starres Befolgen verinnerlichter Handlungsnormen ohne Ansehen der jeweiligen Situation und ohne Berücksichtigung der sozialen Konsequenzen rigider Normanwendung festlegen läßt.

- (c) Sozialisation soll eine Entwicklung intellektueller Fähigkeiten anzielen, die dem einzelnen in seinen Handlungsfeldern einen sach- und sinngerechten Umgang mit Begriffen und Theorien gestatten und eine selbständige Lösung von Aufgaben ermöglichen.
 - (d) Durch Sozialisation soll eine Leistungsmotivation derart vermittelt werden, daß inhaltlich bedeutsame und sozial legitimierbare Gütemaßstäbe als Handlungsanreize vom einzelnen angenommen und verfolgt werden, ohne daß dabei eine starre Fixierung auf "Leistung an und für sich" entsteht.
 - (e) Zu den Sozialisationszielen zählt die Erzeugung der individuellen Bereitschaft und Fähigkeit, die Bedürfnisse und Interessen anderer wahrzunehmen (Empathie) und, je nach ihrem Recht, in der eigenen Handlungsführung um so mehr zu berücksichtigen, je schwächer die Fähigkeit des anderen ist, seine Bedürfnisse und Interessen selber zu erkennen und durchzusetzen (Solidarität).
 - (f) Schließlich sollten in Sozialisationsprozessen Bereitschaft und Fähigkeit zur "produktiven" Konfliktbewältigung aufgebaut werden, d.h. es sollte gelernt werden, soziale Konflikte weder zu verdrängen noch durch bloße Eliminierung des Widerstandes gewaltsam zu beseitigen.
- (Zweiter Familienbericht 1975, S. 14)

Stellt man diesem familienpolitischen Zielkatalog die Vorstellungen des Ausschusses "Mehr Chancen für die Jugend" (1974) gegenüber, dann lassen sich viele Gemeinsamkeiten feststellen. Da wir hier aber keinen Vergleich von Zielkonzeptionen der Familienpolitik und der Jugendhilfe vornehmen wollen, sondern diesen Zielkatalog lediglich als Vergleichsmaßstab für eine vergleichende Analyse von Konzeptionen der Jugendberatung benutzen wollen, können wir uns hier darauf beschränken, beide Zielkonzeptionen nebeneinanderzustellen.

3.2.2.2 Jugendpolitische und sozialpädagogische Ziele einer offensiven Jugendhilfe aus "Mehr Chancen für die Jugend" (1974)

In dem Bericht des Ausschusses des Bundesjugendkuratoriums werden fünf Leitkategorien einer offensiven Jugendhilfe entwickelt, die hier ebenfalls kurz vorgestellt werden sollen. Sie lassen sich mit den folgenden Begriffen bezeichnen: Autonomie, Soziabilität, Sexualität, Kreativität und Produktivität.

1.) Autonomie

"Autonomie wird hier verstanden als ein Zustand der Selbstverwirklichung und Eigenständigkeit, in dem physische, seelisch-geistige und gesellschaftliche Faktoren in einem optimalen Verhältnis zueinander stehen. Das bedeutet, sich und sein Handeln selbst und den anderen gegenüber im Sinne der Menschenrechte verantworten zu können" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 40).

Dieses Sozialisationsziel läßt sich auch mit den Begriffen der Emanzipation und Selbstbestimmung bezeichnen. Einen bedeutsamen Beitrag zur Förderung von Autonomie bei Kindern und Jugendlichen leistet die Familie. Sie muß hierin von den verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe unterstützt werden, wobei die unterschiedlichen Formen der sozialpädagogischen Jugendberatung einen besonderen Stellenwert einnehmen können. Besonders die modellhaften Institutionen eines Jugendinformationszentrums und einer multifunktionalen Sozialstation werden von dem Ausschuß als geeignete konkrete Modelle den vielfältigen anderen Angeboten und Einrichtungen der Jugendhilfe an die Seite gestellt (vgl. a.a.O., S. 73 ff.).

2.) Sexualität

Sexualität oder humane Liebesfähigkeit gilt als ein weiterer Ziel- und Leitbegriff für eine moderne Jugendhilfe und läßt sich als eines der Hauptthemen von Sozialisation auffassen. Im Bereich der Familie ist die Bedeutung der Sexualerziehung

für die frühe Kindheit anscheinend noch umstritten. Daß aber wichtige Einflüsse zur Bejahung oder Ablehnung der eigenen Geschlechterrolle von der Familie ausgehen, ist allgemein anerkannt. Die drängenden Probleme Jugendlicher in der Pubertät sieht der Ausschuß so:

"Wenn in Familien nach der frühen Kindheit Jahre ohne Zärtlichkeit und emotionalen Ausdruck folgen, wenn Kinder die Verschmelzung von kindlichen Bedürfnissen, genitalen Strebungen und Lebenswirklichkeit nicht einüben können, dann ist die Pubertät ein Drama und die Akteure haben keine guten Chancen in diesem Stück" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 91).

Im zweiten Teil weiter unten werden wir feststellen, daß vornehmlich die Psychoanalyse die vielfältigen Probleme der Sexualität untersucht hat. Obwohl die speziellen Techniken der psychoanalytischen Psychotherapie und Beratung keineswegs lediglich zur "Heilung" von sexuellen Störungen im engeren Sinne entwickelt wurden, werden wir doch die große Bedeutung der Sexualität für eine "geglückte" Sozialisation herausarbeiten können. Nicht "geglückte" Formen der Erziehung sind nach psychoanalytischer Auffassung vorwiegend auf Fehler in der frühkindlichen Sexualentwicklung zurückzuführen.

3.) Produktivität

Die Leitkategorie "Produktivität" hat nach Meinung des Ausschusses eine ambivalente Bedeutung. Als Begriff der Jugendhilfe meint Produktivität "sowohl die Qualifizierung für die Leistungsgesellschaft mit der Befähigung zur Nutzung von Verfügungsrechten über die Güterproduktion durch das Individuum als auch das Vermögen zu kritischer Hinterfragbarkeit der Gegebenheiten und Tendenzen in der modernen Leistungsgesellschaft" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 101).

Die Ziel- oder Leitkategorie "Produktivität" hatten wir bereits weiter oben als Kategorie der Arbeitswelt und des Berufes behandelt (s. S. 50).

4.) Kreativität

Die Leitkategorie der Kreativität kann nach Ansicht des Aus-

schusses nicht neben die übrigen Leitkategorien gestellt werden. Sofern der heranwachsende Mensch auch in die Zielbestimmungen des Sozialisationsprozesses einbezogen werden muß, soll er auch dazu befähigt werden, "die Einflußfaktoren seines Sozialisationsprozesses als gestaltete und damit auch veränderbare Größe zu erkennen". Dieses Überschreiten des eigentlichen Sozialisationsprozesses zugunsten eines neuen Bezugsrahmens läßt sich mit dem Begriff "Metasozialisation" umschreiben (vgl. a.a.O., S. 118).

Obwohl bisher keine umfassende Definition der Kategorie "Kreativität" existiert - trotz einer kaum überschaubaren Vielzahl von Definitionsversuchen -, wird die Forderung nach Kreativität in den Erziehungswissenschaften immer wieder gestellt. Ausgehend von system-theoretischen Überlegungen, läßt sich durch den folgenden Gedankengang des Ausschusses das Begriffspaar Kreativität - Metasozialisation pragmatisch bestimmen.

"Die multivalenten und schnell variiierenden heutigen Umweltsituationen in gesellschaftlichen, politischen und individuellen Bereichen können nicht mehr mit Hilfe stereotyper Handlungsformen bewältigt werden. Es wird deshalb eine grundsätzlich neue Denk- und Verhaltensqualität beim einzelnen nötig. Eine Qualifikation, die zur selbständigen und innovierenden Verhaltens-, Einstellungs- und Gestaltungsmöglichkeit führt, die inhaltlich sowohl dem situativen Bedingungszusammenhang wie auch dem eigenen Bedürfnis- und Anspruchsniveau zu entsprechen vermag.

In der praktischen Konsequenz bedeutet dies, daß zu den ablaufenden Sozialisationsprozessen in den Sozialisationsfeldern Familie, Schule, Betrieb eine vorgeschaltete Ebene notwendig wird, auf der der Jugendliche die Möglichkeit findet, sich eine distanziert-kritische Bewertungshaltung anzueignen.

Dieses Programm, das dem Jugendlichen die Befähigung verleihen soll, sich den eigenen Sozialisationsprozeß zum Gegenstand kritischer Reflexion zu machen, wird im folgenden Metasozialisation genannt.

Metasozialisation ist somit der Prozeß der Freisetzung des Individuums, seiner Objekthaltung und -verwendung in den ablaufenden Präge- und Verwertungsprozessen hin zu subjektiv überprüfter und in Bedeutungszusammenhängen auf ihre Konsequenzen hin befragter Sozialisation. Was man in konkreter Kreativität darzustellen hat und was als solche empfunden und interpretiert werden soll, muß - will man folgerichtig sein - selbst ein Reflexionsziel der Metasozialisation sein.

Über Kreativität als Begriffsinhalt und als erstrebbares operationales Bildungsziel wird Metasozialisation thematisch selbst befinden müssen. Indem sie es tut, hat sie prozessual selbst schon kreativ gearbeitet. Vollzug und Begriffsinhalt determinieren sich somit gegenseitig" (Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 121 f.).

Nach diesem ausführlichen Zitat sollen die einzelnen und speziellen Ziele von Metasozialisation vorgestellt werden, denn hierin konkretisiert sich der Anspruch, mittels dieser Kategorie auch wichtige Aspekte der anderen Leitkategorien zu erfassen.

- "- Erkennen der eigenen Bedürfnisse und der Bedürfnisse von Bezugspersonen
- Wissen um die Entstehungsbedingungen dieser Bedürfnisse
- Fähigkeit zum Erkennen und Beurteilen der Sozialisationsabsichten von Sozialisationsagenten
- Wissen um die Wirksamkeit anderer Sozialisationsfaktoren (Massenmedien z.B.)
- Differenzierte, realitätsnahe, unvoreingenommene und kritische Wahrnehmung der Umwelt
- Bereitschaft und Fähigkeit zu alternativem (kreativem) Denken und Handeln, Flexibilität des Denkens
- Wissen um den Wert von Fertigkeiten, Einstellungen und sozialen Verhaltensmustern angesichts einer gegebenen sozialen und materiellen Umwelt als Voraussetzung autonomer Lebensplanung
- Fähigkeit zur Einflußnahme auf Sozialisationsabläufe durch Förderung von Selbstbewußtsein, Autonomie, Durchsetzungsfähigkeit (Frustrationstoleranz, Ausdauer, Wissen um Handlungsstrategien) und Kommunikationsmöglichkeiten (Sprache)."

(Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 123)

Durch die Darstellung zweier Kataloge von Sozialisationszielen oder Leitkategorien der Sozialisation sind uns wichtige Maßstäbe zur Beurteilung unterschiedlicher Sozialisationsergebnisse geliefert worden. Wenn wir also im folgenden eine "Pathologie" der Familiensozialisation vorstellen, können wir anhand der jetzt vorliegenden Zielbestimmungen begründete Urteile über bestimmte Sozialisationsergebnisse abgeben. Systemtheoretisch ausgedrückt, lassen sich hiermit relativ präzise Soll-Ist-Vergleiche durchführen. Bei der Beurteilung eines faktischen Sozialisationsergebnisses (Ist-Lage) können wir aufgrund der Feststellung der Größe oder

Abweichung von den erwünschten Sozialisationszielen (Differenz des Soll-Ist-Vergleiches) eine etwas klarere und präzisere, somit eventuell auch überprüfbare, Entscheidung über das Vorliegen einer "pathologischen" Sozialisation abgeben.

Bis zu einer eindeutigen Durchführung dieser "diagnostischen" Beurteilung von Sozialisationsergebnissen ist aber noch ein weiter Weg zurückzulegen. Ein erster Schritt in diese Richtung besteht darin, daß überhaupt die erwünschten Ziele der Sozialisation präzisiert werden. Die Setzungen des "Zweiten Familienberichtes" von 1975 und des Berichtes "Mehr Chancen für die Jugend" (1974) des Ausschusses des Bundesjugendkuratoriums über grundlegende Vorstellungen einer offensiven Jugendhilfe dürften die Möglichkeiten eröffnen, einen Vorschlag für die konkrete Beurteilung von Sozialisationsergebnissen zu entwickeln.

Diesen Zielvorstellungen einer "geglückten" Familiensozialisation wollen wir im folgenden eine "Pathologie" der Familie gegenüberstellen, indem wir einen Ansatz diskutieren, der für sich beansprucht, eine entsprechende Theorie einer nicht-normalen Familiensozialisation zu liefern, nämlich die psychoanalytische Familienforschung von H.E. RICHTER.

3.2.3 "Pathologie" der Familiensozialisation auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Familienforschung RICHTERS

Für die Darstellung einer sozialpädagogischen "Pathologie" der Familiensozialisation könnte zwar der Ansatz von MOLLENHAUER u.a. (1975) zur Familienerziehung herangezogen werden; bedeutsamer als diese pädagogische Konzeption waren aber zweifellos bis heute psychoanalytische und kommunikationstheoretische Ansätze.

In der psychoanalytischen Theorie und Forschung zur Familie dominiert zur Zeit der Ansatz von H.E. RICHTER (vgl. Junker 1977). Er selbst faßt sein Konzept der psychoanalytischen Familientherapie so zusammen:

Die psychoanalytisch orientierte Familienforschung versteht "die Familie als eine Gruppe, in der ein Austausch unbewußter Phantasien und Wünsche stattfindet, oder wo die einzelnen Mitglieder einander als Instrumente zur Minderung eigener Konfliktspannungen und zur Erfüllung eigener Erwartungen benützen können. So werden etwa von den Eltern den Kindern unbewußt bestimmte Rollen zugeschrieben. Im Anschluß an Freuds Grundtypen der Objektwahl werden solche typischen Rollenmuster dargestellt. Die Familie übergreift jedoch als Ganzes die Rollen und bildet ein System. Eine grobe Einteilung solcher Systeme ergibt auf Grund klinischer Beobachtungen zwei Typen: Familien mit innerer Aufspaltung in zwei gegensätzliche Subsysteme (z.B. ein gesundes und ein krankes) und durch ein krankhaftes Leitmotiv homogen organisierte Familien (Schizophrene, oder paranoide, angst-neurotische Familien)" (Richter 1976, S. 5).

Nach Auffassung der Psychoanalyse lernt das einzelne Kind somit bestimmte Rollen usw. und lebt sie als Jugendlicher (und Erwachsener) später aus, soweit es sie durch seine Familiensozialisation erwerben konnte. Dieses Rollenrepertoire stellt somit den Fundus der praktischen Fertigkeiten des Jugendlichen und jungen Menschen dar, mit dem er seine sozialen Beziehungen zu anderen gestalten muß. Sofern er nur "pathologische" Rollen lernen konnte, wird er auch später mit diesem defizitären Verhaltensrepertoire leben oder mühsam neue Rollen erwerben müssen.

RICHTER unterscheidet diese fünf typischen Rollen:

- 1.) die Rolle eines Partnersubstituts,
 - 2.) die Rolle eines Abbildes,
 - 3.) die Rolle des idealen Selbst,
 - 4.) die Rolle des negativen Selbst und
 - 5.) die Rolle des Bundesgenossen.
- (Vgl. z.B. Junker 1977, S. 485f.)

Obwohl RICHTER (1976, S. 9) den Begriff Rolle in Abweichung von soziologischen Definitionen als das "strukturierte Gesamt der unbewußt determinierten Erwartungen versteht, die Eltern auf ein Kind richten", bleibt er doch dem Denkmodell der Rollentheorie verhaftet, wenn er die vielfältigen Persönlichkeitsaspekte und Verhaltensweisen von Kindern, Erwachsenen, wahrscheinlich also auch von Ju-

gendlichen, zu beschreiben sucht.

Da wir hier aber die sozialwissenschaftliche Diskussion des Rollenbegriffes nicht aufgreifen können (vgl. z.B. Haug 1972), wollen wir lediglich einige Konsequenzen einer rollenspezifischen Sichtweise der Sozialisation aufzeigen.

Die psychoanalytische Rollentheorie RICHTERs geht von den FREUDschen Grundtypen der Objektwahl aus, nämlich dem Anlehnungstyp und dem narzißtischen Typ. Hiermit werden extreme Fälle zweier Arten von Objektwahlen beschrieben. Einschränkend stellt RICHTER zwar selbst fest, daß dieses Rollenmodell nicht ausreiche, um die Position eines Kindes innerhalb der Familiendynamik vollständig zu erfassen (vgl. a.a.O., S. 12), aber er erweitert lediglich die mikropsychologische Perspektive der Betrachtung von Mutter-Kind-Beziehungen um den Gruppenaspekt.

Diese Erweiterung der psychoanalytischen Betrachtungsweise der Dyade von Mutter und Kind problematisiert RICHTER scheinbar selbst, indem er die rhetorischen Fragen stellt, ob die ÜBERGREIFENDE STRUKTUR DER FAMILIE ALS GANZHEIT begriffen werden könne und ob das komplexe Zusammenspiel bewußter und unbewußter Austauschvorgänge im Gesamt der Familiengruppe überhaupt noch voll überschaut und mit psychoanalytischen Vorstellungen erfaßt werden könne.

Diese Fragen zeigen, daß RICHTER sich der eindimensionalen und nur auf die Psychoanalyse reduzierten Perspektive der Betrachtung von Vorgängen innerhalb von Familien durchaus bewußt ist. Statt aber die Beschränkung auf die psychologisch-psychoanalytische Ebene zu durchbrechen und sich den konkreten Problemen innerhalb von Familien zuzuwenden, um sie dann in einem zweiten Schritt einzelwissenschaftlich - also auch psychologisch - zu analysieren, bietet sich für ihn als Alternative zur Perspektive der Psychoanalyse anscheinend nur das "Schreckbild" des Behaviorismus.

Er fragt nämlich, ob man sich schließlich mit eher groben behavioristischen Modellvorstellungen begnügen müsse (vgl.

a.a.O., S. 12). RICHTER geht also nicht zu einer gesellschaftswissenschaftlichen oder interdisziplinären Betrachtungsweise über, sondern bleibt innerhalb der "klinischen" oder medizinischen Perspektive und referiert sein psychopathologisches Rollenmodell von Familiensystemen. Hierbei hält er sich an die psychiatrisch-psychopathologischen Kategorien der klassischen Psychiatrie, indem er vier Typen von Familiensystemen beschreibt:

- (1.) Familien, in denen Dissoziationsmechanismen wirksam sind und eine Aufspaltung in "große, gesunde, gute" und "schwache, kranke, schlechte" Familienmitglieder vorgenommen wird;
- (2.) Familien mit homogenen krankhaften Leitmotiven: erstens die "schizophrenen" Familien, zweitens die "paranoiden" Familien und drittens die "angstneurotischen" oder eventuell "phobischen" Familien.

Für unseren Zweck der Analyse von Problemen und Maßnahmen der sozialpädagogischen Jugendberatung ist jedoch diese psychiatrische Diagnostik wahrscheinlich nur von begrenztem Wert. Da ein allgemein akzeptierter psychiatrischer Diagnoseschlüssel für Kinder und Jugendliche nicht existiert, muß somit ein Jugendpsychiater und Psychoanalytiker einerseits mit den speziellen psychiatrischen Kategorien der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten und andererseits immer mehr oder weniger bewußt (oder "unbewußt") die Tatsache vor Augen haben, daß seine jugendlichen Klienten unter Umständen sogar im Laufe seiner Behandlung "zu Erwachsenen werden" und er somit die Kategorien der "Erwachsenen"-Psychiatrie benutzen müßte.

Leider sind bisher auch keine genauen Fallanalysen jugendlicher Patienten veröffentlicht worden, die dieses Problem der "doppelten" Diagnostik durch präzise Darstellungen der individuellen Genese und Entwicklung einer neurotischen oder psychiatrischen Karriere aufgreifen, deshalb dürfen wir annehmen, daß dieses Problem scheinbar nicht existiert: es wurde von den entsprechenden Wissenschaften nicht wahrge-

nommen und erkannt, somit auch nicht gelöst.

RICHTER faßt die Entstehung von psychischen "Erkrankungen" neurotischer oder psychotischer Art bei Kindern und Jugendlichen als eine "psychische Ansteckung" auf, indem er sich auf ANTHONY bezieht (vgl. a.a.O., S. 14). Da wichtige Aspekte der individuellen Genese von psychischen "Erkrankungen" hierbei jedoch nicht berücksichtigt werden und stattdessen nur psychoanalytische und klassisch-psychiatrische Betrachtungsweisen vorherrschen, muß die Frage offenbleiben, wie Probleme innerhalb von Familien entstehen und die psychische Gesundheit ihrer Mitglieder gefährden.

Als Jugendberater stehen wir somit vor dem Paradox, Jugendliche eventuell in psychiatrische Behandlung "überweisen" zu müssen, obwohl die Vereinbarkeit von medizinischer und sozialpädagogischer Betrachtungsweise nicht zweifelsfrei festgestellt ist.

RICHTER (1976, S. 8) verlegt sich auf die Psychoanalyse als das "Allheilmittel" familiärer Konflikte: "Niemand anders als der Psychoanalytiker verfügt über das Rüstzeug, diese dialogische Verknüpfung der individuellen unbewußten psychischen Prozesse innerhalb des Familiensystems zu verfolgen und zu verstehen." Er selbst muß aber den Verstehenshorizont der Psychoanalyse im Rahmen der Familienforschung einschränken, denn er stellt fest, "daß die einzelne Familie stets IM ZUSAMMENHANG ÜBERGREIFENDER GESELLSCHAFTLICHER BEDINGUNGEN zu sehen ist".

Er fährt dann fort: "Die Entwicklung des Kindes in der Familie wird dadurch wesentlich mitgeprägt, daß die Familie ein Subsystem der Gesellschaft darstellt, das in sich die sozio-ökonomischen Verhältnisse und die Wertbilder dieser Gesellschaft bzw. einer bestimmten sozialen Schicht abbildet und dem Kinde übermittelt" (a.a.O., S. 16).

Hier schlägt RICHTER also eine Ergänzung der psychoanalytischen Betrachtungsweise durch die soziologische vor.

"Dabei können Soziologie und psychoanalytische Familienfor-

scheidung durchaus voneinander profitieren. Für die Psychoanalytiker ist es eine wichtige Orientierungshilfe zu wissen, DAB MIT DEM SOZIALEN STATUS BESTIMMTE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE FAMILIENORGANISATION UND SPEZIFISCHE ERZIEHUNGSNORMEN ZUSAMMENHÄNGEN. Der Soziologe kann wiederum vom Psychoanalytiker lernen, wie sich spezifische soziale Einflüsse bis in die Mikrostrukturen der Familiendynamik und bis in subtile Merkmale psychischer Entwicklungsvorgänge hinein umsetzen." (A.a.O., S. 17).

Bezogen auf die Probleme Jugendlicher innerhalb ihrer Familien, kann die psychoanalytische Betrachtungsweise diesen Anspruch der Erklärung "subtiler Merkmale psychischer Entwicklungsvorgänge" wahrscheinlich nicht allein einlösen. Obwohl aber eine sozialpädagogische Entwicklungstheorie der Erziehung und Sozialisation bis ins Jugendalter bisher nicht existiert, die eine schlüssige Beschreibung und außerdem eine Erklärung der vielfältigen Probleme Jugendlicher liefern könnte, müssen wir uns der Grenzen der psychologischen und medizinisch-psychiatrischen Theorie der Psychoanalyse bewußt sein.

Anhand der psychiatrischen Begriffe für psychische Krankheiten wie Schizophrenie, Paranoia, Angstneurose und Phobie lassen sich die konkreten Probleme Jugendlicher mit ihren Eltern wahrscheinlich nicht treffend beschreiben. Die sozialpädagogische Jugendberatung müßte vielmehr für ihre besonderen Zwecke eine eigene "Sozio-Diagnostik" entwickeln, die sich aus einer Analyse und Deutung der konkreten Konstellationen von Jugendlichen in bestimmten Lernfeldern wie Beruf, Schule, Familie usw. ergibt (vgl. Mollehnauer 1964, S. 100).

Wir werden uns bei der folgenden Analyse der verschiedenen Techniken der Jugendberatung zwar auch dieser psychiatrischen Begriffe für bestimmte Zwecke bedienen, wenn wir die unterschiedlichen Vorgehensweisen der einzelnen Schulen der Psychotherapie miteinander vergleichen. Grundlage unserer Analyse der Probleme Jugendlicher war jedoch die sozialpädagogische "Sozio-Diagnostik" der Klassifikation von Jugendlichen nach Lebens- oder Problemfeldern wie

Arbeit, Familie, psychische Gesundheit und Sexualität.

Zusätzlich müssen wir aber zwei weitere Betrachtungs- und Ausdrucksweisen psychosozialer Probleme beachten, nämlich einmal die individuellen Erlebnisweisen Jugendlicher, die durch phänomenologische Methoden, wie sie z.B. die Gesprächspsychotherapie entwickelt hat, erfaßt werden können, und zum anderen die Ausdrucksweise von Problemen durch verschiedene neurotische und psychosomatische Symptome und Erlebens- und Verhaltensstörungen, die in lerntheoretische Begriffe gekleidet werden können. (14)

II. Vergleich der verbalen Methoden der sozialpädagogischen Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie

1. Die Methodenreflexion in den Erziehungswissenschaften

1.1 Methoden des Unterrichts

Nach MOLLENHAUER (1974, S.202) bezeichnet Erziehungswissenschaft oder Pädagogik "die Gesamtheit derjenigen Erörterungen, die sich auf Erziehung und Unterricht beziehen" und "mit der Integration der nachwachsenden Generation in eine bestehende Gesellschaft" zusammenhängen. Diese Erziehungswissenschaft müsse drei Dimensionen ihrer Probleme im Auge haben: "die normative, die instrumentelle, die historische" (a.a.O., S.202).

Die pädagogischen Handlungsziele (Normen, Werte, Erziehungsziele) seien unabdingbarer Bestandteil jedes pädagogischen Prozesses, genauso sei auch "die Frage nach den zweckentsprechenden Mitteln zur Erreichung jener Ziele" ein unabdingbarer Bestandteil der Erziehungswissenschaft: "Alles Erziehen hat Methode, auch wo es uns als Tollheit erscheinen mag" (a.a.O., S.202).

Je nachdem, wie sich die Erziehungswissenschaft dieser INSTRUMENTELLEN Dimension ihrer Probleme zuwendet, werden "materielle Bildungstheorien" entwickelt oder aber die "formalen Aspekte" der Erziehungsvorgänge in den Vordergrund geschoben. Gehe man von der Annahme aus, daß die Erziehungsinhalte die entscheidende unabhängige Variable darstellten, so entstehe eine "materiale Bildungstheorie". Könne man jedoch mit einem inhaltlichen Konsens über relevante Inhalte und damit zusammenhängende Zielvorstellungen nicht rechnen, so würden die "formalen" Erziehungsaspekte betont, jedoch mit der Gefahr, daß die Reflexion der Erziehungsinhalte preisgegeben werde. Zu diesen "formalen" Forschungsobjekten zählten z.B. Führungsstile, Sozialisationsarten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Er-

ziehungsstile, Interaktions-Analysen usw. (vgl. Mollenhauer 1974, S.203).

"Versucht man auf einem dritten Weg, die instrumentelle Dimension der Erziehungswissenschaft so zu bearbeiten, daß die inhaltlichen und die formalen Momente des Erziehungsprozesses aufeinander bezogen bleiben, fragt man also danach, wieweit Inhalte in bestimmten pragmatischen Kontexten (z.B. Arbeiterfamilien) ihre je besondere Bedeutung durch die Form ihrer Vermittlung bekommen, oder danach, wie bestimmte Vermittlungsformen mit den zu vermittelnden Inhalten sich ändern - dann ist man zwar vermutlich den pragmatischen Problemstellungen näher, die Sicherung der Allgemeinheit der Aussagen wird aber ungleich schwieriger" (Mollenhauer 1974, S.203).

Genau diese Vorgehensweise haben wir bisher eingeschlagen und bestimmte Fragen soweit vorgeklärt, daß wir in diesem Kapitel sowohl inhaltliche Probleme als auch formale Vermittlungsprobleme ansprechen können. - Daß damit weniger allgemeine Aussagen möglich sind, sondern weitgehend besondere zu Fragen der sozialpädagogischen Jugendberatung, ist nach MOLLENHAUER eine zwangsläufige Folge.

Bevor wir jedoch zur Analyse der Zusammenhänge von Inhalten und formaler Vermittlung in der sozialpädagogischen Jugendberatung übergehen, wollen wir noch etwas genauer auf den Kontext der Methodenreflexion eingehen, nämlich auf die Ziel-Methoden-Relation oder das Normen-Mittel-Problem. Innerhalb der Erziehungswissenschaften werden diese Fragen unter der Kategorie Didaktik (und neuerdings Curriculum) diskutiert. Mit KLAFFKI (1974, S.11) bezeichnet man hiermit "alle oder einige Fragen im Bereich der ZIELE und INHALTE, der ORGANISATIONSFORMEN bzw. METHODEN UND MEDIEN des Lehrens und Lernens, und zwar gewöhnlich im Hinblick auf institutionalisiertes Lehren und Lernen in Schulen, Ausbildungsstätten (z.B. der betrieblichen Lehrlingsausbildung) und weiteren Bildungseinrichtungen wie dem Kindergarten, der Erwachsenenbildung, dem Fernunterricht usw."

- Der Begriff Curriculum meine nur einen bestimmten Aspekt didaktischer Fragen, nämlich "den Aspekt der konsequenten,

mit wissenschaftlichen Hilfsmitteln durchgeführten oder mindestens unterstützten PLANUNG und KONTROLLE", daneben müsse man unterschiedlich weite Bedeutungen auseinanderhalten (vgl. a.a.O., S.118).

Mit diesen beiden Kategorien Didaktik und Curriculum lasse sich der Gegenstandsbereich der ALLGEMEINEN Didaktik bzw. Curriculumtheorie umschreiben, hiermit sind "die generellen Probleme des Unterrichts" gemeint; oder man spricht von Bereichs- oder Fachdidaktik bzw. BEREICHS- oder FACHCURRICULUMtheorie, wenn man sich "auf begrenztere Arbeitsbereiche, z.B. Fächergruppen (etwa naturwissenschaftliche Fächer) oder Einzeldisziplinen (z.B. Geschichte)" beziehe (Klafki 1974, S.118).

Da wir uns hier mit außerschulischen Erziehungsprozessen beschäftigen, die keine festen Formen der Institutionalisierung in bestimmten Bildungseinrichtungen gefunden haben und nicht als "Unterricht" im engeren Sinne zu bezeichnen sind, wäre eigentlich für unser hier zu verhandelndes Arbeitsgebiet der sozialpädagogischen Jugendberatung die Didaktik- und Curriculumtheorie nicht relevant. Da aber nach KLAFFKI (1972, S.55) die Inhaltsproblematik in ALLEN pädagogischen Aufgabenfeldern, einschließlich der Sozialpädagogik, bedeutsam ist, stehen hier also "didaktische" Fragen zur Diskussion.

Wir wollen uns aber darüber verständigen, daß wir hier ausschließlich Lehr-, Lern- und Erziehungsprozesse (oder Sozialisationsprozesse) behandeln, die KEINE schulischen oder unterrichtlichen sind. Inwiefern dann aber Erkenntnisse der "allgemeinen Didaktik" (und der "allgemeinen Curriculumtheorie") auf unser Arbeitsgebiet der sozialpädagogischen Jugendberatung anwendbar (oder übertragbar) sind, dieses Problem kann in dieser Arbeit nicht weiter behandelt werden. Wir werden deshalb relativ pragmatisch verfahren und diejenigen Erkenntnisse der ALLGEMEINEN Didaktik verwenden, die weitgehend "ohne Diskussion" oder nach dem "all-

gemeinen Verständnis" von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen mit den grundlegenden Prinzipien ihrer Arbeit vereinbar erscheinen.

Wollen wir innerhalb der Sprachregelung der allgemeinen Didaktik die Ergebnisse der bisherigen Analyse von Sozialisationsprozessen im Jugendalter beschreiben, so wie sie im ersten Teil behandelt wurden, dann haben wir Inhalts- und Zielprobleme diskutiert. In diesem Kapitel dagegen wollen wir uns mit Fragen der METHODE außerunterrichtlicher oder sozialpädagogischer Lern- und Erziehungsprozesse beschäftigen.

Nach den Definitionen von KLAFFKI (1974, S.118) werden die Probleme der METHODE oder METHODIK auch von den Begriffen "Didaktik" und "Curriculum" mitumfaßt. In jedem Falle umschreibt "Methode" bzw. "Methodik" jedoch einen Komplex von besonderen Problemen, die speziell bearbeitet werden müßten.

Obwohl wir später Probleme der außerschulischen Erziehung durch sozialpädagogische Jugendberatung behandeln, soll hier zunächst auf Analogien der wissenschaftlichen Diskussion der Methodenfrage bei schulischen Erziehungsprozessen hingewiesen werden. Wir müssen deshalb als erstes die Methoden des Unterrichts erwähnen, weil innerhalb der Unterrichtsforschung bereits über mehrere Jahrzehnte eine fruchtbare Diskussion über diese Frage geführt wird. Dieser wissenschaftliche Diskussionsprozeß innerhalb der Unterrichtsforschung hat bereits zu wichtigen Erkenntnissen geführt, und hier soll auf diese Problemlösungen hingewiesen werden (vgl. Ingenkamp, Parey 1970; Zinnecker 1974, S.605 f.). Ob sie auch für die Erforschung und den Vergleich von "Methoden" der außerschulischen Erziehungs- und Lernprozesse relevant sind, soweit es sich um sozialpädagogische Jugendberatung handelt, bleibt eine offene Frage.

Nach SCHWAGER (1970, S.93) ist die Frage nach dem rechten Weg oder nach der erfolgversprechenden Methode in der Er-

ziehung und Unterweisung ein Kernstück der pädagogischen Reflexion. Ausgehend von der Annahme, daß diese Prozesse planbar seien und eine rationale Struktur besäßen, werde der Erzieher zum Nachdenken über das genötigt, was er in der unmittelbaren Erziehungssituation tun soll, er muß seine Handlungen und Unterlassungen vorausschauend planen und die Wege zur Aufgabenlösung bewußt verfolgen.

Durch die tägliche Erfahrung der Erzieher und Lehrer werde diese Annahme der Planbarkeit von Erziehungsprozessen immer wieder bestätigt. Wenn der Lehrer nämlich eine bestimmte Aufgabe erfolgreich beendet habe, tendiere er dazu, dieses nicht als ein zufälliges Ergebnis zu deuten, sondern als eine Folge seiner Befolgung der inneren Gesetzmäßigkeiten der Erziehungs- und Unterweisungsprozesse.

Eine nicht so optimistische Sichtweise des alltäglichen Problems von Lehrern, ihren Unterricht methodisch zu planen, gibt MENCK (1972, S.158).

Bezüglich der wissenschaftlichen Bearbeitung methodischer Probleme des Unterrichts konstatiert er ein nur geringes Interesse der Didaktik und Curriculumforschung. Das Kernproblem der Diskussion innerhalb der Reformbestrebungen der Curriculumforschung sei die "Legitimierung von Curricula" (Knab), nach MENCK bleibe der Rest für die - Lehrer, sie hätten den Regelkreis der Zielbegründung und den des Unterrichtsprozesses zu verknüpfen (Knab). Vermutlich seien sie bei unterrichtsmethodischen Fragen stärker auf die "autonome Tradierung" durch Studienseminare verwiesen, als auf die methodischen Erkenntnisse einer Unterrichtstechnologie.

Nach dieser abschließenden Bemerkung zur desolaten Lage der wissenschaftlichen Reflexion von Methodenfragen des Unterrichts wollen wir uns den Methoden der außerunterrichtlichen Erziehung zuwenden. Da wir uns hier auf die SA/SP beschränken, können wir die anderen Disziplinen wie Vorschul-erziehung und Erwachsenenbildung ausklammern.

Fragen der Methoden werden innerhalb der Sozialarbeit/Sozi-

alpädagogik unter den Bezeichnungen Methodenlehre und Mittel der Erziehung abgehandelt.

1.2 Methodenlehren der Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Die zweifellos einflußreichste Methodenlehre der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (im folgenden: SA/SP) wurde bereits 1958 von FRIEDLÄNDER und PFAFFENBERGER (1974) zusammenfassend dargestellt. Nach Meinung FRIEDLÄNDERS, Herausgeber der amerikanischen Ausgabe, ist es unbestritten, "daß die amerikanische Theorie und Praxis der Methodenlehre in der sozialen Arbeit in der ganzen westlichen Welt als Modell und Pionier in der Fürsorge und Jugendwohlfahrt anerkannt wird" (Friedländer/Pfaffenberger 1974, S.V).

Diese modellhafte Methodenlehre besteht aus der klassischen Trias: 1.) Einzelfallhilfe, 2.) Gruppenarbeit, 3.) Gemeinwesenarbeit. In einer neueren Methodenlehre von HEDERER (1974, S.35) wird diese Trias ergänzt durch die vierte Methode der Sozialen Aktion, die breiter angelegt sei als die Gemeinwesenarbeit.

Die amerikanische Methodenlehre, so wie sie bei FRIEDLÄNDER/PFAFFENBERGER (1974) formuliert wird, erscheint als ein fester und relativ unveränderbarer Kanon von Handlungsansätzen, der sich bereits über einen Zeitraum von ungefähr zwanzig Jahren fast in gleicher Form tradiert hat und selbst in neueren Lehrbüchern - nämlich z.B. von HEDERER (1974) - in seiner "klassischen" Form weiter "überliefert" wird.

In der Einleitung dieses "Klassikers" der Methodenlehren äußert sich der Herausgeber der deutschen Ausgabe H. PFAFFENBERGER (1974) sehr ausführlich zum "Theorie- und Methodenproblem in der sozialen und sozialpädagogischen Arbeit".

1.2.1 Der Methodenbegriff der klassischen amerikanischen Sozialarbeit von FRIEDLÄNDER/PFAFFENBERGER (1974)

Nach PFAFFENBERGER (1974, S.XXII) muß die Sozialarbeit ihre Maßnahmen und Hilfen theoretisch fundieren und "methodisch" ausgerichtet sein. Die Grundlagen und Bestimmungsstücke dieses methodischen Arbeitens lassen sich in vier Momenten zusammenfassen:

- "(nur solches) theorie-fundiertes und methodisches Arbeiten (ist) erfolgversprechend und verantwortbar, das
- a) um Ziele, Wege und Mittel weiß,
 - b) dieses Wissen und Können bewußt und kontrolliert einsetzt,
 - c) die eigene Person des Helfenden ebenso bewußt und kontrolliert als Werkzeug der Hilfe verwendet und einsetzt und
 - d) laufend auf sich selbst reflektiert und aus der Reflexion heraus weiter handelt" (Pfaffenberger 1974, S.XXII).

Diese allgemeinen Bestimmungen wissenschaftlichen Handelns der klassischen amerikanischen Sozialarbeit bleiben relativ unverbindliche Setzungen, solange nicht erklärt wird, von welchem theoretischen Verständnis aus diese "Verwissenschaftlichung" vorgenommen werden soll. Da ein einheitliches Wissenschaftsverständnis nicht existiert, kann auch ein allgemeines Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung sozialer und sozialpädagogischer Arbeit diese Unklarheit nicht bereinigen.

Statt hier eine deutliche Herausarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen sozialpädagogischer Theorie und Methode zu befürworten, spielt PFAFFENBERGER die Unterschiede des theoretisch-methodischen Rüstzeuges zu einem lästigen Mangelzustand hinunter. Sein Leitbild geht dahin, die Unterschiede zwischen den Methoden, zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. offene - geschlossene Arbeit), zwischen Schulen und Richtungen und zwischen verschiedenen Ländern als nur scheinbare hinzustellen. Während in den letzten Jahren die Bemühungen dahingehen, die speziellen

Besonderheiten unterschiedlicher Arbeitsfelder zu erfassen, um hier zu differenzierten wissenschaftlichen Handlungsweisen zu gelangen, plädiert PFAFFENBERGER bereits für den logisch nächsten Schritt, nämlich für eine Vereinheitlichung dieser Ansätze.

Nach seiner Meinung verflüchtigen sich die theoretischen Unterschiede zwischen den drei Methoden um so mehr, "je eingehender und intensiver man sich mit dem Problem der Gemeinsamkeiten und Unterschiede beschäftigt". Ja, er fährt dann sogar fort:

"Bei sachlicher Betrachtung lösen sie sich bis auf einen geringen Rest fast völlig auf" (Pfaffenberger 1974, S.XXXIII). Neben einseitiger und ungerechtfertigter Spezialisierung und der Heraushebung von bestimmten Sonderformen einzelner Methoden (z.B. Gruppenarbeit in der Psychiatrie oder Freizeitpädagogik) kritisiert er auch "THEORETISCHE EINSEITIGKEITEN (etwa die Entdeckung und Hervorhebung wissenschaftlicher Grundlagen für eine der Methoden, ohne daß ihre Bedeutung und ihr möglicher Beitrag für andere Methoden ausreichend erkannt oder ihre Ergänzungsbedürftigkeit für die eine Methode durch andere wissenschaftliche Grundlagen gesehen wurde, vgl. social case work und Psychoanalyse in den USA)" (Pfaffenberger 1974, S.XXXIII f.).

So berechtigt die ersten Argumente gegen einseitige Spezialisierung sind, so ungünstig könnte sich sein Engagement für eine THEORETISCHE Vereinheitlichung auswirken. Wenn wir die derzeitige Diskussion zwischen den theoretischen Konzepten der Beratung und Psychotherapie richtig interpretieren, dann müssen wir statt einer Vereinheitlichung der Theorien eine immer stärkere Differenzierung und Aufspaltung in verschiedene Schulen und Spezialtheorien für bestimmte Arbeitsfelder feststellen. Hier stehen sich die psychoanalytischen, die klientenzentrierten, die lerntheoretischen und die kommunikationstheoretischen Theorien und Methoden und viele andere gegenüber. Fast jede dieser Methoden beansprucht von sich, sowohl eine Methode der Einzel-

fallhilfe als auch der Gruppenarbeit zu sein - zumindest nach entsprechenden Modifizierungen. Hier aber bereits eine theoretische Vereinheitlichung fordern, ohne daß die grundlegenden Unterschiede und Mängel dieser verschiedenen Konzepte herausgearbeitet und ihre fruchtbaren und konstruktiven Elemente aufgehoben wurden, heißt wahrscheinlich den Verwissenschaftlichungsprozeß nicht fördern, sondern ihn in eine andere Richtung lenken. Wir wollen stattdessen beim ersten Schritt einer vergleichenden Analyse der verschiedenen theoretischen Konzepte verbleiben und den zweiten Schritt der weiteren wissenschaftlichen Argumentation und der Praxis, nämlich den konkreten Bemühungen der Umsetzung dieser theoretischen Erkenntnisse, überlassen.

Befragen wir PFAFFENBERGER daraufhin, was für ein Methodenverständnis er formuliert, dann müssen wir feststellen, daß er die Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik vorwiegend unter einem technologischen und instrumentellen Aspekt betrachtet. Methodisches Arbeiten muß nach seiner Meinung "gelernt, geübt und gekonnt sein" (Pfaffenberger 1974, S. XL). Deshalb empfiehlt er sowohl für die Ausbildung als auch für die Praxis und Fortbildung erstens das Unterrichtsfach der theoretischen Methodenlehre und zweitens die methodische Praxisberatung oder Supervision. Beide Formen machen die Methoden der sozialen und sozialpädagogischen Arbeit aus.

Ein wenig ausführlicher als PFAFFENBERGER äußert sich HEDERER (1974) in einem neuen Lehrbuch über die Methodenlehre der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Auch ihn wollen wir in die Schule der klassischen Methodenlehren einordnen, wobei er jedoch keine Vereinheitlichung der Methodentrias in dem Sinne fordert, daß er die verschiedenen Arbeitsfelder der Sozialarbeit und -pädagogik nur mit den drei klassischen Methoden abzudecken versucht. Er behandelt vielmehr u.a. auch die speziellen methodischen Besonderheiten der Jugendpflege, des Vorschulunterrichts und der El-

ternbildung.

1.2.2 Die deutsche Rezeption der klassischen amerikanischen Methodenlehre durch HEDERER (1974)

HEDERER (1974, S.9) versteht die Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik auch als ein "Hilfsmittel bei der Erziehung", kritisiert aber ein rein technisches Verständnis von Methoden, denn "der Erzieher soll kein Sozialtechniker sein, der mit raffinierten Methoden Ergebnisse zu erzielen versucht". Nach seiner Meinung müsse "im Mittelpunkt seiner Arbeit der Mensch" stehen, und der Erzieher muß sich ständig seiner Verantwortung gegenüber dem Kind bewußt werden (vgl. a.a.O.).

Klarer als FRIEDLÄNDER/PFAFFENBERGER (1974) betont er den interdisziplinären Charakter des Unterrichtsfaches "Praxis- und Methodenlehre" und nennt die Abhängigkeiten zu den Fächern Pädagogik, Psychologie und Soziologie. Welche speziellen Momente die Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik ausmachen, arbeitet er anhand der verschiedenen Auffassungen über die Funktion oder "Grundrichtung" der Sozialpädagogik heraus.

In der allgemeinen Bedeutung meine "Methode" den Weg zu einem Ziel, dem Lernziel oder Erziehungsziel. Der Weg müsse aber PERSONENANGEMESSEN sein und am sichersten zum Ziel führen, wobei man sich auch Teilziele stecken müsse. "Die Disziplin der Pädagogik, die sich mit der Erforschung der Methoden befaßt, nennt man METHODOLOGIE" (Hederer 1974, S.17). Das entsprechende Lehrfach der Sozialarbeit und Sozialpädagogik heißt sozialpädagogische Methodenlehre. Durch eine Analogie zum methodischen Arbeiten der Medizin erläutert er den Methodenbegriff der SA/SP.

"Das methodische Verfahren ist dem therapeutischen in der Medizin vergleichbar. Vor Anwendung einer Therapie stellt der Arzt eine gründliche Diagnose. Er wird nicht an Symptomen allein herumkurieren, sondern versuchen, die Ursache der Erkrankung festzustellen und sie zu beheben. Sein Ziel

ist eindeutig die Gesundung des Menschen. Für den Erzieher bedeutet dies, das bisherige Erziehungsverfahren zu erkennen und sich zu verdeutlichen und dann mit geeigneten Methoden einzelne Teilziele auf dem Weg zum Gesamtziel zu erreichen versuchen. Das Gesamtziel, der mündige Mensch, wird je nach Altersstufe und Entwicklungsstand nur schrittweise zu erreichen sein" (Hederer 1974, S.20).

Aus der allgemeinen Zielbestimmung des mündigen Menschen und der Formulierung des Zieles von Sozialpädagogik, die eine "Integration in die Gesellschaft" anstrebt, "deduziert" er dann zwei der Methoden der Sozialarbeit, nämlich die Einzelfallhilfe und die Gruppenarbeit. Da wir aber weiter unten diese Unterscheidung der klassischen Methodenlehre der SA/SP (= Sozialarbeit/ Sozialpädagogik) in Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit in dem Sinne unberücksichtigt lassen, daß wir theoretisch vorgelagerte Fragestellungen der "Theorien" der Methoden der Beratung und Psychotherapie behandeln, brauchen wir auf die Deduktion HEDERERS nicht weiter einzugehen.

HEDERER versucht, aus sogenannten Notlagen einzelner die Einzelfallhilfe abzuleiten und aus Notlagen des Zusammenlebens die Gruppenarbeit. Wir sind jedoch der Meinung, daß diese oder eine andere Art der Klassifikation von Notlagen nur sehr wenig Aufschluß über zu ergreifende Maßnahmen als Einzelfallhilfe oder Gruppenarbeit erlauben.

Ob Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen lediglich mit einem einzelnen Klienten oder mit mehreren arbeiten sollten, diese Frage ist nicht nur von der Art der Notlage abhängig, sondern von sehr viel mehr Faktoren, von denen hier nur die wichtigsten aufgeführt werden sollen:

(1.) von dem Hilfeziel, (2.) dem einzelnen Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und seinen Hilfemöglichkeiten im Rahmen seiner Institution und (3.) von der Art der Notlage oder dem Problem des Ratsuchenden und (4.) nicht zuletzt vom Objekt oder Klienten der SA/SP.

All diese Faktoren ergeben im Zusammenspiel die konkrete einzelne Maßnahme, z.B. als Einzelfallhilfe oder Soziale Aktion. Jeder Versuch, hier eine einfache Deduktionskette für die "Indikation" dieser Methoden aufstellen zu wollen,

muß an der komplizierten Struktur dieser Abhängigkeiten von Einflußgrößen scheitern (vgl. auch Hornstein 1977, S.37 ff.).

(1.) Einen wesentlichen Faktor bei der Auswahl der Methoden stellt das Ziel der helfenden Bemühungen der Sozialpädagogen dar. In den Formulierungen der Erziehungsziele des "Zweiten Familienberichtes" (1975) und den Leitkategorien des Ausschlußberichtes "Mehr Chancen für die Jugend" (1974) haben wir allgemeine Ziele für die sozialpädagogische Arbeit im Bereich der Jugendhilfe und der sozialpädagogischen Jugendberatung vorgestellt. Sie wirken auf die vier anderen Faktorenbündel ein und bestimmen grundlegend ihre Wirkungsmöglichkeiten.

(2.) Durch die äußeren und inneren Strukturen der einzelnen Institution der Jugendberatung als "Anonyme Sprechstunde", "Jugendinformationszentrum" oder "Jugendberatungsstelle" werden als nächstes die Entscheidungen über zu ergreifende Maßnahmen beeinflusst. Je nach äußerem Arrangement z.B. werden bestimmte Zugangsbarrieren aufgebaut, die die potentielle Klientel auf ganz entscheidende Weise selektiert. Zusätzlich spielen auch die persönlichen Qualifikationen der Berater innerhalb des bestimmten institutionellen Rahmens eine wichtige Rolle.

(3.) Auch nach einer Überwindung dieser Schwierigkeiten des Zuganges zur Beratungsinstitution kann der eigentliche Beratungsvorgang nach gänzlich verschiedenen inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert werden. Als dritter Faktor muß deshalb die Art der Notlage oder der Problembereich berücksichtigt werden. Je nachdem, ob z.B. Probleme der Arbeits- und Berufswelt gelöst werden sollen oder Jugendliche wegen sexueller Schwierigkeiten in die Jugendberatung kommen, müssen unterschiedliche Methoden ausgewählt werden.

(4.) Diese drei Faktenbündel beeinflussen die Wahl eines bestimmten Vorgehens in der konkreten Beratungspraxis. Als letzter Faktor ist der Ratsuchende selbst als Objekt der

Beratung in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen. Obwohl wir hier vornehmlich Beratungsprozesse mit Jugendlichen und jungen Menschen untersuchen, sind auch sie als Objekte und Ratsuchende weitgehend als gleichberechtigte Partner in den Beratungsvorgang einzubeziehen. Auch unter dem Aspekt der Leitkategorie von Autonomie (und Emanzipation) sind hier keine rein technischen Lösungen möglich, welche die Ratsuchenden vom Entscheidungsprozeß für eine individuelle oder gruppen-, gemeinwesenbezogene Beratungsmethode ausschließen würden.

Betrachten wir das Zusammenwirken dieses Faktorenbündels, dann ergibt sich aus diesen Einflußgrößen die Auswahl eines bestimmten methodischen Vorgehens beim Beratungsprozeß. Da wir hier auf sozialpädagogische Jugendberatung eingehen, interessieren uns die verschiedenen Möglichkeiten der methodischen Realisierung von Beratung.

1.2.3 Beratungskonzepte der Erziehungs- und Eheberatung als Notlösungen für Jugendberatungsinstitutionen

Im weiteren Verlauf unserer Argumentation werden wir die Sichtweise der klassischen Methodenlehre der SA/SP verlassen, die ihre Methoden nach Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit (und Soziale Aktion) differenziert, da diese Unterscheidung für die Lösung konkreter Schwierigkeiten der Jugendberatung wenig hilfreich ist. Stattdessen werden wir auf ein vorgelagertes Problem der "Theorie" der Methoden von Beratung eingehen, indem wir vom Standpunkt der Sozialpädagogik aus mögliche Lernprozesse der Beratung untersuchen.

Bezüglich der Frage der Entscheidung für eine der Methoden der klassischen Methodenlehre der SA/SP kommt JUNKER (1975, Sp.130) zu einer ähnlichen Antwort, wenn er sich zu den verschiedenen Beratungsformen äußert. Die Frage der Auswahl einer bestimmten Beratungsform ist nach seiner Meinung eine sekundäre Frage, da alle Beratungskonzepte die verschiedenen Beratungsformen in wechselnder Gewichtigkeit als für ihre Arbeit relevant ansehen und verwenden.

In der Jugendberatung muß der Sozialpädagoge seine Beratung im Medium der Sprache als Gespräch vollziehen (Mollenhauer), hierbei ist er auf die Erfahrungen und Kenntnisse anderer beratender Berufe angewiesen. Vor allem die psychologischen Konzepte der Psychotherapie können für die sozialpädagogische Jugendberatung fruchtbar gemacht werden, die bereits für die Erfordernisse anderer Beratungsberufe adaptiert wurden. Aus den Beratungsstellen der Erziehungs- und Eheberatung liegen vielfältige praktische Erfahrungen vor, weshalb häufig gerade aus diesen Beratungsberufen auch Ansprüche gegenüber der Jugendberatung geäußert werden. Da erst sehr wenige Beratungsinstitutionen speziell für die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Menschen bis ungefähr 25 Jahren existieren, glauben häufig diejenigen Beratungsberufe, die in den bisher vorhandenen Beratungsstellen für Kinder, Ehepaare, Eltern arbeiten, auch eine Theorie und Methode der JUGEND-Beratung anbieten zu können.

Die methodischen Konzepte dieser Beratungsberufe bestehen zu großen Teilen aus speziellen Abwandlungen von psychotherapeutischen Konzepten der medizinischen, psychologischen und sozialen Berufe, besonders der Psychiatrie und Klinischen Psychologie.

Die Erziehungsberatung glaubt ihre Kompetenz für die Jugendberatung mit dem Geltungsanspruch ihrer Methoden nicht nur für Kinder und Erwachsene, sondern auch für Jugendliche begründen zu können. Gleiches gilt für die Eheberatung. Welche Methoden diese Beratungsberufe der Jugendberatung zur Nachahmung empfehlen wollen, soll als erstes untersucht werden. Weiter unten werden wir dann methodische Konzepte der Beratung und Psychotherapie speziell für Jugendliche vergleichend analysieren.

Die Erziehungsberatung leistet neben der "diagnostischen" Arbeit der Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen heute vor allem beratende und therapeutisch-pädagogische Arbeit neben der Mitwirkung bei prophylaktischen oder vorbeugenden Maßnah-

men (vgl. Pfeifer 1975, Sp.318 f.).

Die Arbeitsweise dieser Beratungsstelle vornehmlich für Erwachsene und Kinder läßt sich nach Auffassung der Psychoanalytiker RÖTTGER und OBERBORBECK (1977, S.374) als "Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie" bezeichnen. Dieses Methodenbündel habe fast vollständig seinen Ausgang von Anna FREUD und Melanie KLEIN genommen und sei zum Teil später verändert und weiterentwickelt worden.

Die methodischen Konzepte der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie werden von den Autoren in vier Gruppen eingeteilt:

erstens die aufdeckenden psychotherapeutischen Methoden, wozu sie die Psychoanalyse für Kinder und Jugendliche bzw. die analytische Kindertherapie zählen, aber auch das Psychodrama nach MORENO und die Gestalttherapie nach PERLS;

zweitens die Verhaltenstherapie;

drittens die nicht-direktiven Verfahren und

viertens die unterstützenden und einübenden Methoden, hierzu gehören folgende Verfahren: Musiktherapie (oder Bewegungstherapie, Rhythmik), Maltherapie, Sprach- und Atemtherapie, Konzentrations- und Entspannungstherapie (oder Autogenes Training), Rollenspiel, Beschäftigungstherapie, Selbstbehauptungstraining, heilpädagogische Methoden (vgl. Röttger, Oberborbeck 1977, S.374 f.).

Diese Klassifikation der Methoden der Erziehungsberatung von RÖTTGER und OBERBORBECK hält sich weitgehend an die klassische Einteilung der (Erwachsenen-)Psychiatrie (vgl. Frankl u.a. 1959 ff; Langen 1971; Schulte/Tölle 1971).

Neben den Erziehungsberatungsstellen übernehmen zur Zeit noch die Ehe- und Familienberatungsstellen viele der Aufgaben einer (sozialpädagogischen) Jugendberatung. An dieser Stelle sollen jedoch lediglich die methodischen Möglichkeiten dieser Eheberatungsstellen vorgestellt werden, um somit einen ersten Eindruck von der Vielfältigkeit der methodischen Konzepte in diesen Beratungsstellen zu bekommen.

Nach GROEGER (1976, Sp.209 f.) sind in der relativ kurzen

Geschichte der Eheberatung in Deutschland seit ungefähr 1910 zwei Grundkonzeptionen erkennbar, die in den letzten Jahren durch eine dritte ergänzt wurden.

Die erste Grundkonzeption der Ehe- (und Familien-)Beratung beinhaltete eine Übertragung und Fruchtbarmachung der Psychoanalyse für die Bedürfnisse der Eheberatungsstellen. Die zweite Konzeption entstand vor allem in den konfessionell geleiteten Institutionen. Sie verstanden die Ehe "als etwas Überindividuelles, Einheitliches und Ganzheitliches ("Person 2. Grades" - Bovet)" (Groeger 1976, Sp.209). Die Ehe wurde als eine Ordnung über den Partnern verstanden, als ein Institut, das auch auf Kosten der individuellen Ich-Entwicklung und Kommunikationsfähigkeit erhaltenswert sei.

Der dritte Ansatz der Eheberatung rückt dagegen weder das einzelne Individuum einer Ehe oder Familie in den Vordergrund, noch das "Überindividuum" oder die Ganzheit der Ehe als Institut, sondern beide Partner werden gleichberechtigt in den Beratungsprozeß einbezogen. Im Mittelpunkt dieser kommunikations- und interaktions-theoretisch aufgefaßten Eheberatung stehen die konkreten Handlungen, Erlebnisse und Beziehungen der Ehepartner, Berater und anderer Familienmitglieder.

Aus den verschiedensten psychotherapeutischen, kommunikationstheoretischen und lerntheoretischen Theorien sind unterschiedliche Konzeptionen und Methoden der Eheberatung und Familientherapie entstanden.

Die wichtigsten Konzeptionen sind nach GROEGER (1976, Sp.211) erstens die auf psychoanalytischer Basis entwickelte Transaktionale Analyse nach E. BERNE (vgl. z.B. Petzold 1975 oder Schmidbauer 1975) oder die Konzeptionen der Autoren HARRIS, HEIGL-EVERS, HEIGL und WILLI;

zweitens die Kommunikationstheorie nach LEDERER und JACKSON, ferner nach WATZLAWICK u.a.;

drittens die lerntheoretisch oder verhaltenstherapeutische

Kommunikationstherapie nach MANDEL und MANDEL.

Anhand der bisher vorgestellten Klassifikation der verschiedensten psychotherapeutischen Methoden aus den Bereichen der Erziehungs- und Ehe-(und Familien-)Beratung, die zur Zeit quasi als Notlösungen oder "Ersatzinstitutionen" für eigentliche Jugendberatungsstellen fungieren, ist uns ein erster Überblick über die Vielfalt der psychotherapeutischen Methoden dieser Institutionen vermittelt worden. Auch in der Jugendberatung lassen sich wahrscheinlich Elemente dieser verschiedenen Methoden verwenden, wenn sie nach den Erfordernissen dieser speziellen Art von Beratung modifiziert werden.

Bevor wir die beiden wichtigsten Gruppen der verbal arbeitenden Psychotherapie vergleichend analysieren, nämlich die (neo-)psychoanalytischen und nicht-direktiven (oder klientenzentrierten) Verfahren, wollen wir uns einen Überblick über bisher vorliegende vergleichende Darstellungen der Psychotherapie verschaffen, wobei wir lediglich die besondere Methode oder Argumentationsweise ihres Vergleiches herausheben werden.

Von den wenigen Psychotherapeuten, die überhaupt einen präzisen Vergleich verschiedener Konzepte vorgenommen haben, soll der Aufsatz von FÜRSTENAU (1972a) über "Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung" ausführlicher diskutiert werden.

2. Vergleich der Techniken verschiedener Schulen der Psychoanalyse für die sozialpädagogische Jugendberatung

2.0.1 Vergleichende Darstellungen der Psychotherapie

Aus dem Bereich der Jugendhilfe und Familienpolitik, -fürsorge liegt mit der Veröffentlichung des Funk-Kollegs "Beratung in der Erziehung" (1975 f., 1977) eine erste zusammenfassende Darstellung verschiedener Konzepte der Beratung und Psychotherapie für Eltern, Lehrer, Sozialpädagogen und Jugendberater (u.a.) vor. In diesem Funk-Kolleg haben sich vor allem R. BASTINE und Judith R. JACOBI (1976, 1977) mit einigen Problemen des Vergleichs der drei wichtigsten Beratungskonzepte der Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie beschäftigt.

Diese Autoren sehen wie wir keine großen Unterschiede zwischen Psychotherapie und Beratung, da zwischen ihren grundsätzlichen Vorgehensweisen keine großen Differenzierungen erkennbar seien. Die Beratung und Psychotherapie verteilten vielmehr schon im ANSATZ die Schwerpunkte anders:

"Während die Psychotherapie oft bei langwierigen und komplizierten Problemlagen ansetzt, steht bei der Beratung häufig eine aktuelle Krise oder Problematik mit einer verhältnismäßig klaren Fragestellung im Vordergrund, die durch kurzzeitige Einflußnahme verändert werden kann" (Bastine, Jacobi 1976, S.83).

Darüberhinaus gehen die Autoren auf die verschiedenen Zielsetzungen der Beratung und Psychotherapie ein, die mehr aus Prävention oder Behandlung bei bereits eingetretenen Problemen bestünden. Für die Jugendberatung jedoch wollen wir auf diese Unterscheidung weitgehend verzichten, vor allem aufgrund der speziellen Fragestellungen unserer vergleichenden Analyse, die vorgelagerte Schwierigkeiten behandeln will.

Wir werden uns anders als BASTINE/JACOBI (1976) weniger mit den proklamierten Zielen von Beratung oder Psychotherapie, noch mit den angeblich angestrebten Zielen der verschiedenen Psychotherapiekonzepte beschäftigen, sondern anhand wesent-

licher Lehrbücher der verschiedenen Schulen der Psychotherapie mögliche Lernprozesse der Klienten durch die konkreten technischen Interventionen der Psychotherapeuten herausarbeiten. Der Schwerpunkt unseres Vergleiches soll deshalb die Methode oder Technik der Psychotherapie sein.

Aus den verschiedenen benachbarten sozialen Berufen und dem psychiatrischen Gesundheitswesen liegen ebenfalls verschiedene Veröffentlichungen zum Problem des Vergleichs der unterschiedlichen Psychotherapiekonzepte vor.

Der Psychoanalytiker FÜRSTENAU (1972a) hat sich vom Standpunkt eines Arztes und psychoanalytischen Psychotherapeuten ausführlich zu einigen Problemen der "vergleichenden Psychotherapieforschung" geäußert. In seinem Aufsatz hierüber nimmt er vor allem eine kritische Abgrenzung zur behavioristischen Verhaltenstherapie vor und verteidigt somit den "Besitzstand" der ärztlichen Psychoanalytiker und Psychotherapeuten, die als einzige Berufsgruppe "psychologische" oder psychotherapeutische Behandlung von seelisch Kranken oder gestörten Menschen durchführen dürfen.

In diese Gruppe der "orthodoxen" Psychoanalytiker gehört auch H. JUNKER (1973), der ein einführendes Lehrbuch über "Das Beratungsgespräch" geschrieben hat. Hierin versucht er, eine Übertragung der klassischen FREUDschen Psychoanalyse in die Sozialarbeit und Sozialpädagogik vorzunehmen. Abgrenzungsprobleme zu anderen Methoden behandelt er - wenn überhaupt - nur am Rande: Eine vergleichende Beratungs- oder Psychotherapieforschung ist anscheinend vom Standpunkt eines orthodoxen Psychoanalytikers nicht notwendig. Ob jedoch Probleme bei der Übertragung der psychoanalytischen Behandlungsmethode in das Arbeitsgebiet und "auf" die Ratsuchenden der sozialpädagogischen Beratung (und speziell der Jugendberatung) auftreten könnten, wird von JUNKER nicht befürchtet oder vorausgesehen. Für ihn scheint dieses Problem nicht zu existieren. Lediglich im Funkkolleg "Beratung in der Erziehung" äußert er sich sporadisch an einigen Stellen zu anderen Methoden und Theorien der Psychotherapie und Beratung. JUNKER

neigt aber hier dazu, andere Ansätze zu assimilieren, indem er sie in sein psychoanalytisches Theorie- und Handlungsgebäude einbaut und sie so vereinnahmt (vgl. Junker 1976, S.52; ders. 1977, S.298, Anm.1).

Ebenfalls aus der Schule der klassischen Psychoanalyse äußern sich LUBIN und EDDY (1973) zu Fragen des Vergleiches verschiedener Behandlungs- und Psychotherapiemethoden. Sie behandeln jedoch vordringlich Probleme des psychoanalytisch orientierten Sensitivity-Trainings oder der Labor-Trainingsmethode. Hierbei arbeiten sie vor allem die Einflüsse der Gruppendynamischen und sozialpsychologischen Forschungen heraus und vergleichen das Sensitivity-Training vor allem mit den Methoden der Gruppenpsychotherapie und den Encounter-Gruppen.

Die bisher vorgestellten Autoren argumentieren jeweils vom Standpunkt einer ganz bestimmten theoretischen Position einer psychologischen Schule, nämlich von der Psychoanalyse und entsprechenden Weiterentwicklungen innerhalb der Gruppendynamik, speziell des Sensitivity-Trainings.

Andere Autoren beziehen genauso "dogmatisch" den Standpunkt einer der anderen psychotherapeutischen Schulen der Medizin/ Psychiatrie oder Klinischen Psychologie. So äußern sich vor allem die "Gruppe" der Encounter-Bewegung bzw. der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapeuten und verschiedene Schulen der Klinischen Psychologie, besonders des Psychodramas, der Gestalttherapie und anderer Richtungen; aber auch Vertreter der lerntheoretischen Schulen, die sich an der Behandlungsmethode der Verhaltenstherapie orientieren, behandeln das Abgrenzungsproblem. (15)

Diese Autoren beziehen überwiegend ebenfalls einen "dogmatischen" Standpunkt, indem sie die anderen Methoden meist gegen ihr eigenes Behandlungskonzept abgrenzen und einen scharfen Trennungsstrich zwischen den verschiedenen Konzepten ziehen.

Bevor wir unseren Vergleich der technischen Konzepte von

Psychotherapie und Beratung vorstellen, soll der vergleichende Ansatz des Psychoanalytikers FÜRSTENAU (1972a) diskutiert werden. Seine Argumentation kann als Grundlage und Maßstab einer vergleichenden Analyse der psychotherapeutischen Schulmeinungen herangezogen werden. Gegenüber seiner Argumentation soll unsere eigene Vorgehensweise entwickelt werden, wobei wir jedoch darauf verzichten werden, bei einer der verschiedenen Schulen der Psychotherapie alleine die Lösung der komplizierten Frage der Auswahl und Kombination technischer Elemente von Psychotherapie und Beratung zu suchen.

2.0.2 Vergleichende Psychotherapieforschung des Psychoanalytikers FÜRSTENAU (1972a)

In dem Aufsatz "Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung" vertritt P. FÜRSTENAU (1972a) die Position eines sozialwissenschaftlich orientierten Psychoanalytikers, der sich als Mediziner und Arzt bzw. Psychiater kritisch von der "Organmedizin" mit ihrem naturwissenschaftlichen Denken und organischen Krankheitsmodell absetzt. Das Theoriemodell FREUDs sei - aus zeitgeschichtlicher oder taktischer Rücksichtnahme auf die vorherrschenden Theorien der Medizin - an der naturwissenschaftlichen Disziplin der Physiologie orientiert. Die Psychotherapie besitzt nach FÜRSTENAU eine Eigenständigkeit innerhalb der "psychologischen Medizin" (vgl. Richter 1967), die mit der Behandlung organischer Leiden nur begrenzt vergleichbar sei. Als neuen Zugang zur Psychotherapie stellt er den sozialwissenschaftlichen Ansatz vor, der die Psychotherapie - ähnlich wie andere nichttherapeutische Einflußbeziehungen - als eine persönliche Einflußnahme innerhalb eines sozialwissenschaftlichen Feldes betrachtet (vgl. Fürstenau 1972a, S.22).

"Versteht man Psychotherapie als eine systematische persönliche Einflußnahme auf andere mit dem Ziel ihrer Veränderung durch Lernen innerhalb des sozialen Feldes einer Behandlung, dann erkennt man, daß Psychotherapie sehr enge Beziehungen zu solchen Aktivitäten wie Erziehung und Bildung, Sozialarbeit, Resozialisierung, aber auch Propaganda hat. Damit rücken die Sozialwissenschaften, insbesondere Sozialpsycho-

logie, Kommunikationsforschung, Lernpsychologie, an die erste Stelle der Grundwissenschaften für Psychotherapie und relativieren damit die Modellfunktion der organischen Naturwissenschaften" (Fürstenauf 1972a, S.23).

Daneben verweist er auf die Einflüsse sozialstruktureller (soziologischer) Faktoren durch die institutionellen Bedingungen, unter denen Psychotherapie stattfindet und auf die Einflüsse von wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Psychotherapeuten. So hätten die Institutions- und Verbandssoziologie, Soziologie des Ausbildungswesens und Ideologiekritik unmittelbare Bedeutung für die Psychotherapieforschung, da sie sozialwissenschaftliche Begriffe, Methoden und Ergebnisse zur Verfügung stellten, ohne die das psychotherapeutische Feld nicht vollständig erhellt werden könne (vgl. a.a.O., S.24).

Als gemeinsame Aufgabe der unterschiedlichen Theorien und Behandlungsverfahren der Psychotherapie formuliert er, "menschliches Erleben und Sichverhalten zu ergründen und zu verstehen, um auf dieser Basis wirksame Behandlungsverfahren zu entwickeln und anzuwenden" (Fürstenauf 1972, S.18). Trotz dieser Gemeinsamkeiten seien aber die Art der Orientierung an der gemeinsamen Aufgabe und die Beziehungen der verschiedenen Theorien und Behandlungsverfahren zueinander nicht klar. Hier beherrschten Behauptungen und Polemiken das Feld. Das Ziel der vergleichenden Psychotherapieforschung bestehe darin, "hier Klarheit zu schaffen".

An anderer Stelle sagt er: "Aufgabe der vergleichenden Psychotherapieforschung ist es, die Beziehungen zwischen den nebeneinander existierenden bzw. miteinander konkurrierenden Psychotherapien abzuklären" (Fürstenauf 1972, S.423). Die wichtigsten wissenschaftlichen Theorien und Verfahren im Bereich der Psychotherapie sind nach seiner Meinung erstens die autoritativen und suggestiven Behandlungsmethoden, unter denen besonders die Hypnose eine bedeutende Rolle spielt. Als zweite Gruppe von Verfahren unterscheidet FÜRSTENAU "die psychoanalytischen und von ihr abgeleiteten

mehr oder minder nicht-direktiven Verfahren" (Fürstenau 1972a, S.19). Eine dritte Gruppe umfaßt diejenigen Behandlungsmethoden, die sich auf führend-steuernde Einwirkungen auf den Patienten seitens des Therapeuten verlegen; hierzu gehören eben die "nicht-psychoanalytischen" Beratungs- und Behandlungsverfahren. Als eigenständige vierte Gruppe grenzt er die Verhaltenstherapie aus, die auf direkte Verhaltensänderung durch Lernen abzielt und überkommene Theorien von Persönlichkeitsstrukturen und seelischer Krankheit ablehnt (vgl. Fürstenau 1972a, S. 20).

Diese Klassifikation der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren entspricht der gängigen Einteilung älterer und neuerer Lehrbücher der Psychopathologie und klinischen Psychologie (vgl. z.B. Frankl u.a. 1959 ff., Schulte/Tölle 1971).

Da wir nur die Methoden der Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie betrachten wollen, ist hier lediglich die Vereinnahmung der nicht-direktiven Maßnahmen, also der klientenzentrierten Gesprächsführung, in die Gruppe der psychoanalytischen Verfahren von Interesse. Nach FÜRSTENAU braucht aber die Gesprächspsychotherapie als eigenständige Theorie und Methode nicht betrachtet zu werden, deshalb setzt er sich auch nicht mit ihr auseinander. Ob jedoch der Vorwurf der "Ablehnung überkommener Theorien von Persönlichkeitsstruktur und seelischer Krankheit" nur für die Verhaltenstherapie gilt, sondern in gleicher Weise auch für die Gesprächspsychotherapie, sollte nicht übersehen werden. Wie wir unten feststellen werden, hat ROGERS nicht nur eine eigenständige Therapiemethode entwickelt, sondern auch eine von der Psychoanalyse unterschiedene Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre.

Die vergleichenden Untersuchungen FÜRSTENAU'S erstrecken sich also lediglich auf die beiden Konzepte der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, da er explizit auf die Gesprächspsychotherapie nicht eingeht und ihre spezifischen Eigentümlichkeiten übersieht.

Mit welcher Vehemenz er selbst den Standpunkt eines Psychoanalytikers bezieht, wird an seinen Argumenten über die Bedeutsamkeit und Reichweite dieser Theorie deutlich. Obwohl er sich mehrfach von dem naturwissenschaftlichen Modell der Psychoanalyse distanziert und stattdessen eine "sozialwissenschaftliche Orientierung" der Psychotherapie beschwört, argumentiert er doch keinesfalls sozialwissenschaftlich, sondern bleibt ein "psychoanalytischer Sozialwissenschaftler".

Anhand seiner Ausführungen über die zentralen Gehalte der psychoanalytischen Konzeption, nämlich der Aussagen über die "Ödipalität" oder den "Ödipuskomplex", läßt sich diese begrenzte und einseitige psychoanalytische Sichtweise belegen.

Nach FÜRSTENAU besteht der Kern der psychoanalytischen Konzeption oder ihr zentraler Gehalt im "Ödipuskomplex", einem Gefüge bewußter und unbewußter Beziehungen, Konflikte und Mechanismen. Hierzu führt er aus:

"Zentraler Verständnishorizont der Psychoanalyse sind demgemäß die affektiven Wechselbeziehungen zwischen Kindern und Eltern (einschließlich der Beziehungen der Kinder untereinander) in all ihren mannigfaltigen Variationen und Möglichkeiten von Geburt an, also nicht eingeschränkt auf die ödipale Phase im engeren Sinne; all dies verstanden als ein über die Kindheit durch Strukturbildung hinauswirkender Prozeß mit der wichtigsten Konsequenz der unbewußten Übertragung verbliebener kindlicher Beziehungskonstellationen auf neue Partner, exemplarisch erfahrbar und analysierbar in der darauf spezifisch eingestellten analytischen Situation. Alle theoretischen Formulierungen der Psychoanalyse sind nur soweit charakteristisch PSYCHOANALYTISCH (Hervorhebung W. K.), wie sie unmittelbar oder zumindest mittelbar mit der Ödipalität in Beziehung stehen" (Fürstenau 1972a, S. 37 f.).

Die Bedeutung der Lehre vom Ödipuskomplex weitet FÜRSTENAU aber über den Bereich der seelischen Störungen und ihrer Behandlung durch Psychotherapie aus und behauptet, der Gesichtspunkt der Ödipalität eröffne einen relevanten Zugang zu sehr vielen psychosozialen Phänomenen und Problemen.

Im Zusammenhang mit der "weitreichenden Bedeutung des Ödipuskomplexes" habe sich die Psychoanalyse sehr schnell weit über eine medizinische Theorie hinaus entwickelt und zwar "zu einer umfassenden Perspektive auf die menschlich-

gesellschaftlich-geschichtliche Welt" (Fürstenau 1972a, S. 38). Fürstenau behauptet dann:

"Es gibt nur wenige wissenschaftliche Positionen, die mit der Psychoanalyse hinsichtlich Relevanz und Weite der Perspektive auf die menschliche Welt konkurrieren können. Damit hängt zusammen, daß die Psychoanalyse als Konzeption im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Richtungen, die nur eine enge Perspektive auf menschliche Phänomene vermitteln, ein Medium (eine Sprache) ist, das menschlich-gesellschaftlich-geschichtliche Ereignisse und Verläufe auf eine bestimmte relevante Weise durchgängig durchsichtig zu machen gestattet. Darin besteht ihre besondere wissenschaftliche Leistung: Sie erlaubt es, zerstreute Einzelbefunde über die menschliche Welt in einer bestimmten relevanten Hinsicht zu umfassenden Verständniszusammenhängen zu integrieren" (Fürstenau 1972a, S. 38).

Wir wollen konstatieren, daß FÜRSTENAU der Psychoanalyse hier eine schwere Bürde auflädt. Er weitet den Geltungsbe-
reich dieser medizinisch-psychiatrischen Theorie zu einem
Theoriengebäude aus, was befremden müßte. Ist die Psycho-
analyse denn eine Weltanschauung, die "sämtliche Phänomene"
zu erklären vermag? Wovon leitet Fürstenau diesen Optimismus
bezüglich der Erklärungsfähigkeit der Psychoanalyse ab?

Uns interessiert diese angeblich weite Erklärungsfähigkeit
der Psychoanalyse im Rahmen der sozialpädagogischen Jugend-
beratung nicht. Wir wollen vielmehr das Erklärungspotential
der Psychoanalyse für die verschiedenen psychosozialen
Probleme von Jugendlichen untersuchen und die Methoden der
psychoanalytischen Therapie daraufhin abklopfen, inwieweit
sie diese Probleme lösen helfen und dabei den Zielen der
Jugendhilfe nicht zuwiderlaufen.

Als nächsten Punkt wollen wir herausarbeiten, welche Ver-
gleichsaspekte FÜRSTENAU (1972a) zur Hervorhebung der Unter-
schiede zwischen den verschiedenen Konzepten heranzieht.
Hierbei soll untersucht werden, welche psychologischen Kom-
ponenten des Verhaltens und Erlebens und welche erziehu-
ngswissenschaftlichen Momente der Autor berücksichtigt.

FÜRSTENAU geht auf verschiedene pädagogische und psychologi-

sche Momente einer erfolgreichen Psychotherapie ein. Bedeutsam sind einmal die allgemein-menschlichen und ausbildungsmäßigen Fähigkeiten (bei ihm: Voraussetzungen) der Agenten bzw. Psychotherapeuten. Zum anderen habe auch der Adressat oder Ratsuchende bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen - er muß "behandlungswillig und kooperationsbereit" sein (vgl. Fürstenau 1972a, S. 28) -, und die Beziehung des Agenten zum Adressaten habe eine ganz spezifische zu sein. In der erziehungswissenschaftlichen Theoriediskussion werden Beziehungen zwischen Erzieher und Zögling unter der Kategorie "pädagogischer Bezug" untersucht (vgl. z.B. Bartels 1970). FÜRSTENAU stellt bezüglich des "pädagogischen Bezuges" von Psychotherapeut und Klient die Forderung auf, daß "der Therapeut den Patienten mag, ihn einigermaßen versteht, sich zutraut, dem Patienten zu helfen, und (...) er sich auf dessen Erwartungen und Bedürfnisse einzustellen sowie mit ihnen umzugehen vermag" (Fürstenau 1972a, S. 28).

In seiner Darstellung der Charakteristiken und des Anspruches der Verhaltenstherapie erscheint diese Methode der Psychotherapie wie ein Kontrastprogramm zur Psychoanalyse. Während die Psychoanalyse neben einer spezifischen Theorie, z.B. über Persönlichkeitsentwicklungen, innerseelische Konflikte, seelische Krankheiten und Interaktionen von Personen, auch zu einem großen Teil personengebundenes Wissen und Können des Therapeuten umfasse, das in der theoretischen Literatur nur verkürzt wiedergegeben werde, bestehe das Kontrastprogramm der Verhaltenstherapie (im folgenden abgekürzt: VT) aus "theoretischen Sätzen, die sich unmittelbar auf Experimentalbefunde über Lernvorgänge zurückführen lassen" (Fürstenau 1972a, S. 48).

Gerade die Pioniere der VT (= Verhaltenstherapie) hätten sich schroff von den wissenschaftlichen Grundlagen der Psychoanalyse abgegrenzt und sie als eine unwissenschaftliche, spekulative, unkontrollierbare Lehre und Praxis abgelehnt (vgl. a.a.O., S. 48). Statt sich auf das konzeptions- und personengebundene Wissen der klinischen Erfahrungen von

Psychotherapeuten zu verlassen, gründe die Verhaltenstherapie "in experimentell gewonnenem theoretischem Spezialwissen über Lernvorgänge" (Fürstenau 1972a, S. 48).

FÜRSTENAU formuliert die folgenden Einwände gegenüber der Verhaltenstherapie - der Einfachheit halber sollen sie aufgelistet werden:

- 1.) Die Lerngesetze und Befunde über Lernen sind "in Experimenten mit Tieren und mit seelisch zumindest nicht auffällig gestörten menschlichen Versuchspersonen" gewonnen worden und auf "verhaltensgestörte Menschen und ihre Behandlung" übertragen worden (a.a.O., S. 48).
- 2.) Da personengebundenes klinisches Erfahrungswissen nicht in die therapeutische Praxis einfließen darf, bleibt die wissenschaftliche Reflexion über die Therapie auf "sicher" bekannte und experimentell erforschte Faktoren-zusammenhänge beschränkt (a.a.O., S. 49).
- 3.) Die Verhaltensmodifikation berücksichtigt nicht "das psychosoziale Feld, in dem die Patienten vor, neben und nach Abschluß der Verhaltensmodifikation jeweils leben" (Fürstenau 1972, S. 49; dort gesperrt gedruckt).
- 4.) Die Verhaltenstherapie beachtet nicht den institutionellen Aspekt, unter dem die Behandlung stattfindet, z.B. innerhalb einer Praxis, Beratungsstelle oder Klinik.
- 5.) Die Verhaltenstherapie klammert den interpersonalen Aspekt des psychosozialen Feldes aus, nämlich die Rollen von Patienten und Therapeuten, ihre gegenseitigen Erwartungen usw.
- 6.) Alle Lernvorgänge und Mechanismen, die bisher noch nicht untersucht wurden oder nur bei seelisch kranken Menschen auftreten, dürfen nicht erforscht werden.

Diese sechs Thesen beinhalten nach FÜRSTENAU die wesentlichen Mängel der Verhaltenstherapie. Wir wollen an dieser Stelle

nicht explizit jede einzelne These auf ihre Richtigkeit hin überprüfen, sondern vorwiegend anhand dieser Kritikpunkte die Vergleichsaspekte herausfiltern, die FÜRSTENAU zugrundelegt. In einem nächsten Schritt sollen dann kurz die "Leistungen" der Psychoanalyse bezüglich dieser Vergleichsaspekte befragt werden.

Als erster Aspekt wäre die Gewinnung von Lerngesetzen zu nennen.

Die "Lerntheorie" der VT ist nach FÜRSTENAU keine menschliche Lerntheorie für gestörtes Verhalten und Erleben, im Gegensatz zur Psychoanalyse. Die Psychoanalyse hat eine "Lerntheorie" für krankes seelisches Verhalten und Erleben von Menschen entwickelt, und sie will und kann keine Aussagen über "normale Menschen" machen.

Ob diese Kritik des Psychoanalytikers FÜRSTENAU bezüglich "der" Lerntheorie den verschiedenen Arten von theoretischen Konzepten und Entwürfen der Lerntheorien gerecht wird, soll hier nicht genauer überprüft werden. Wenn wir lediglich zwei Arten oder Schulen der Verhaltenstherapie unterscheiden, nämlich die WOLPE-EYSENCK-Schule und die SKINNER-Schule, dann läßt sich für die erste der obige Vorwurf nicht in dieser Schärfe aufrechterhalten. Die bedeutendste Methode dieser Schule, nämlich die "systematische Desensibilisierung", wurde von WOLPE innerhalb seiner ambulanten psychotherapeutischen Praxis entdeckt und weiterentwickelt.

Ob die Klienten WOLPES nur wenig gestört waren, wie FÜRSTENAU behauptet, muß im Vergleich zu den ambulanten Klienten der Psychoanalytiker beurteilt werden. Da beide ihre Klienten vorwiegend in der ärztlichen oder psychologischen "Praxis" behandeln, dürften unterschiedliche Schweregrade der neurotischen Störung oder der Charakterstörung nur schwer nachzuweisen sein. Außerdem werden die "sehr schweren Fälle" der Anstaltspsychiatrie von der SKINNERschen Richtung der Verhaltenstherapie behandelt (vgl. Rachman 1974, S. 119 ff.), während unter den psychoanalytischen Anstaltspsychiatern an-

scheinend nur von der AMMON-Schule Anstrengungen unternommen werden, auch schwere psychotische Erkrankungen psychoanalytisch zu betreuen (vgl. Ammon 1974).

Da FREUD selbst aber seine neue Theorie und Behandlungsmethode vorwiegend aufgrund von Erfahrungen mit ambulanten Klienten entwickelt hat, welche auch nicht "sehr auffällig" gestört zu sein schienen, gilt dieses Argument wahrscheinlich nicht einmal für die Psychoanalyse (vgl. auch Bauer u.a. 1973, S. 166). Außerdem fällt der Vorwurf der unzulässigen Übertragung von Lerngesetzen auf andere Gruppen von Menschen als den ursprünglichen Klienten auch auf die Psychoanalyse und FÜRSTENAU selbst zurück. Während er auf der einen Seite der Verhaltenstherapie vorwirft, daß sie ihre Lerngesetze von seelisch nicht auffällig gestörten Versuchspersonen auf verhaltensgestörte Menschen übertrage (vgl. Fürstenau 1972a, S. 48), also eine Übertragung von Lerngesetzen gestörter Patienten auf normale, praktiziert FÜRSTENAU auf der anderen Seite selbst eine ähnliche Übertragung von Lerngesetzen gestörter Patienten auf normale, indem er nämlich psychoanalytische Institutionsberatungen durchführt (vgl. ders. 1970 oder ders. 1972a, S. 45).

Der zweite Kritikpunkt FÜRSTENAU'S an der Verhaltenstherapie bezieht sich auf die Festsetzung oder Definition des Gegenstandsbereiches klinischer Forschungen. Nach seiner Meinung beziehen Verhaltenstherapeuten das Erfahrungswissen der praktizierenden Psychotherapeuten nicht in ihre wissenschaftliche Reflexion mit ein, sie legten sich somit selbst ein Forschungsverbot bezüglich aller nicht "sicher" bekannten Faktoren auf. Ob dieses Forschungsverbot jedoch unter Verhaltenstherapeuten überhaupt besteht, muß ernstlich in Frage gestellt werden. Die auch von der Verhaltenstherapie untersuchten "Probleme der Therapieforschung" (vgl. Bergold 1973) lassen sich keineswegs in ein starres Schema forschungswürdiger oder verbotener Gegenstände scheiden, wie FÜRSTENAU unterstellt.

These 3 verlangt, das gesamte "psychosoziale Feld" des Patienten bei einer Psychotherapie zu berücksichtigen, was viele Verhaltenstherapeuten sicher auch für sich beanspru-

chen.

Die Thesen 4 und 5 beziehen sich auf spezielle Aspekte des "psychosozialen Feldes", nämlich die institutionellen Bedingungen einer Psychotherapie, ferner die interpersonellen Beziehungen zwischen Therapeut und Klient bzw. Berater und Ratsuchenden.

- These 6 hatten wir bereits unter These 2 behandelt.

Stellen wir aufgrund dieser Kritikpunkte des Psychoanalytikers FÜRSTENAU noch einmal die für wichtig gehaltenen pädagogischen Komponenten des Lernens zusammen, dann sind folgende Momente für eine vergleichende Psychotherapie- und Beratungsforschung bedeutsam: 1.) Daten und Gesetzmäßigkeiten über die Objekte oder Klienten, Ratsuchenden; 2.) Erfahrungswissen der Subjekte oder Therapeuten, Berater; 3.) Beziehungen der Therapeuten zu den Klienten bzw. der Berater zu den Ratsuchenden, 4.) die institutionellen Formen oder Arrangements der Psychotherapie, 5.) das psycho-soziale Feld, die Umwelt oder das Milieu des Klienten, Ratsuchenden.

Nach Meinung FÜRSTENAU müssen sowohl die Psychoanalyse als auch die Verhaltenstherapie diese Komponenten berücksichtigen, um den Ansprüchen einer sozialwissenschaftlich orientierten Psychotherapie gerecht zu werden.

Hierzu läßt sich jedoch anmerken, daß die anderen Komponenten pädagogischer Lernprozesse wie der Ziel- Mittelaspekt und die Lernauswirkungen von FÜRSTENAU nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden. Die Psychoanalyse ist nach seiner Meinung zwar in der Lage, viele psychosoziale Probleme zu erfassen (oder zu diagnostizieren), aber die inhaltlichen Verschiedenheiten von notwendigen Lernprozessen bei den vielfältigen Problemen des Zusammenlebens, der Sexualität und des Zusammenarbeitens in der Schule und am Arbeitsplatz werden nicht angesprochen.

Da FÜRSTENAU seinen Vergleich verschiedener Schulen der Psychotherapie vom Standpunkt einer einzigen Schule ausführt, hatten wir ihn in die Gruppe der "dogmatischen" Psychothera-

peuten eingereicht. Hier vertritt er nämlich die traditionelle Auffassung einer "alten" Schule der Psychotherapie gegenüber einer "neuen", indem er die Abweichungen dieser neuen Schule gegenüber der "orthodoxen Lehre" herausarbeitet und sie somit als unwissenschaftlich nach seinem Wissenschaftsverständnis abwertet.

Wir dagegen werden in unserer vergleichenden Darstellung der Jugendlichenpsychotherapie einen eklektischen, pluralistischen oder "liberalen" Standpunkt gegenüber neuen Beratungsschulen einnehmen, indem wir eine wissenschaftliche Diskussion zwischen alten und neuen Auffassungen zu entfalten versuchen.

2.0.3 Zur Vorgehensweise unserer vergleichenden Analyse von Beratungsmethoden

Unseren Vergleich der verschiedenen verbalen Gesprächsmethoden der (Neo-)Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie werden wir unter mehreren Fragestellungen vornehmen.

Erstens sollen die Begründungen der verschiedenen Autoren für ihren eigenen psychotherapeutischen Standpunkt herausgearbeitet werden. Wir werden die Autoren daraufhin befragen, mit welchen Argumenten sie die Bedeutsamkeit ihres eigenen theoretischen Konzeptes belegen.

Zweitens wird festgestellt werden, welche anderen Konzepte der Autor noch nennt und wie er diese anderen Konzepte zu seinem Konzept in Beziehung setzt. So könnte ein Psychoanalytiker z.B. die Gesprächspsychotherapie als eine spezielle Schule der Psychoanalyse betrachten und sie somit als eine Variante der psychoanalytischen und neopschoanalytischen Konzepte vereinnahmen - wie FÜRSTENAU (1972, S. 19) oder JUNKER (1976, S. 52).

Drittens soll gefragt werden, welche Vergleichsaspekte der Autor zur Herausarbeitung der Unterschiede zwischen den verschiedenen Konzepten heranzieht. Hier ließen sich einmal die verschiedenen psychologischen Komponenten oder Funktionen des Verhaltens und Erlebens anführen und erziehungswissenschaftliche oder pädagogische Momente.

Unter den psychologischen Komponenten des Verhaltens und Erlebens sollen diejenigen verstanden werden, welche auch im Funkkolleg "Beratung in der Erziehung" (1975, SBB 3, S. 35 f.; bzw. 1976, SBB 7, S. 77 f.) aufgelistet sind. Hier werden die folgenden vier Komponenten genannt: zwei Komponenten des externalen Verhaltens, nämlich 1.) die körperlichen oder biologischen Reaktionsweisen wie z.B. Atmung, Blutkreislauf und 2.) das beobachtbare Handeln. Hinzu kommen die beiden internalen Komponenten des Verhaltens oder Erlebens: 3.) die emotionalen oder motivationalen Prozesse und Aktivitäten und 4.) die kognitiven Aktivitäten wie Wahrnehmen, Denken, Gedächtnis, Schlußfolgern und Planen.

Neben diesen psychologischen Komponenten des Verhaltens oder Erlebens benötigen wir für unsere vergleichende Analyse die folgenden pädagogischen Komponenten des Lernens und Lehrens. Hier sind vor allem diese Kategorien wichtig: Ziel, Inhalt, Mittel/Methode, Institution/Arrangement, Lernergebnis oder Lernauswirkung. Der institutionelle Aspekt wird nur am Rande berücksichtigt werden können, da wir im ersten Teil bereits hierauf eingegangen sind.

Besonders sollen uns hier der Methoden- und Inhaltsaspekt interessieren.

Wir werden also herausarbeiten, welche speziellen Methoden und Mittel der Autor als wesentliches Charakteristikum seines Konzeptes heraushebt; z.B. betonen Psychoanalytiker und Gesprächspsychotherapeuten den Gesprächs- und Verstehensaspekt (= hermeneutische Methode), Verhaltenstherapeuten dagegen legen besonderes Gewicht auf die instrumentelle und äußere Kontrolle des externalen Verhaltens.

Bezüglich des Inhaltsaspektes wird uns die Frage interessieren, ob die Autoren auf die Besonderheiten der vielfältigen Problematik von Ratsuchenden und Klienten der Psychotherapie eingehen, ob sie z.B. die Verschiedenheit von Arbeitsproblemen und Problemen des Zusammenlebens, der Partnerschaft und Sexualität berücksichtigen.

2.1 Die orthodoxe Schule der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Anna FREUD

Die bisher vorgestellten Abgrenzungsbemühungen des Psychoanalytikers FÜRSTENAU von der Verhaltenstherapie ließen sich in einer logisch zwingenden Abfolge fortsetzen, indem jeweils ein Vertreter einer anderen Schule der Psychotherapie zu Wort kommen könnte. In neueren einführenden Darstellungen der verschiedenen Schulen der Psychotherapie werden ein bis mehrere Dutzend Schulen referiert. Nach SCHMIDBAUER (1975, S. 9) existieren aber 200 bis 500 verschiedene psychotherapeutische Schulen, von denen er selbst 15 aufführt. Ein kritischer Führer durch die Theorien und Praktiken der Psychotherapie von KIERNAN (1976) referiert ungefähr 30 verschiedene Schulen. Im Gegensatz zu diesen vergleichenden Darstellungen der vielfältigen Arten und Formen der Psychotherapie wollen wir einen scheinbar sehr viel bescheideneren Vergleich durchführen. Wir werden NUR zwei Schulen der Psychotherapie behandeln. Da wir zusätzlich eine zweite Eingrenzung auf die psychotherapeutischen Schulen der Jugendberatung oder Jugendlichenpsychotherapie vorgenommen hatten, werden wir feststellen, daß sich hierdurch die Vielzahl von Theorien und Konzepten immerhin auf ein halbes Dutzend verringert.

Die zwei Schulen der Psychotherapie sollen hier unter einem ganz bestimmten Aspekt miteinander verglichen werden. Wir werden uns auf den Implikationszusammenhang vom Inhalt und Methode beschränken, in der Hoffnung, anhand dieser pädagogischen Kategorien wesentliche Unterschiede der konkreten psychotherapeutischen und "beraterischen" Praxis herausarbeiten zu können.

Die Ziele einer geglückten Sozialisation von Jugendlichen hatten wir bereits weiter oben behandelt. Zur Erreichung dieser Ziele müssen ganz bestimmte inhaltliche und methodische Momente berücksichtigt werden. Der inhaltliche Aspekt umfaßt hier die verschiedenartigen Probleme von Jugendlichen und

jungen Menschen. In der Jugendberatung hatten sich Wohn- und Arbeitsprobleme, Störungen und Auffälligkeiten der psychischen Gesundheit und Sexualprobleme als die wichtigsten Inhalte herausgestellt. Diese Probleme lassen sich mit den verschiedenen Methoden der Jugendberatung und Jugendpsychotherapie angehen. Hier sollen uns nur die Methoden oder Techniken der zwei wichtigsten verbal vorgehenden Schulen der Beratung/Psychotherapie interessieren.

Zuerst werden wir die Techniken der Psychoanalyse vorstellen, dann die der Gesprächspsychotherapie. Die Psychoanalyse ist zweifellos die älteste Methode der Psychotherapie. In der langen Geschichte dieser Behandlungsmethode haben sich drei bzw. vier verschiedene Tochterschulen der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelt: erstens die Anna FREUD-Schule, zweitens die Melanie KLEIN- und drittens die SCHULTZ-HEMCKE-Schule.

Als vierte Schule ließe sich der integrative Ansatz des Franzosen Pierre MALE anführen, der eine Verknüpfung der ersten beiden Schulen der psychoanalytischen Jugendlichenpsychotherapie vorgenommen hat. (16)

Die Tochter Sigmund FREUDs, Anna FREUD, hat in fast allen wichtigen Punkten die Lehre ihres Vaters unverändert auf die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen übertragen, deshalb wird ihre Schule die orthodoxe Schule der Kinderpsychoanalyse genannt. Den Grundbestand der Aussagen der FREUDschen Psychoanalyse müssen wir hier voraussetzen. Wir wollen lediglich einige Aspekte der praktischen Anwendung der Psychoanalyse bei Jugendlichen in der Jugendberatung und/oder Jugendlichenpsychotherapie behandeln. Falls ein Klient vor Beginn oder im Laufe einer psychoanalytischen Psychotherapie nicht über die grundlegende Theorie

der Psychoanalyse informiert ist, dürfen wir davon ausgehen, daß er lediglich durch das konkrete Verhalten - verbaler und nicht-verbaler Art - des Psychotherapeuten in den "Genau" des heilenden Wirkungsmechanismus der Psychoanalyse gelangt. Der Klient der Psychoanalyse soll also durch die Interaktion mit dem Therapeuten in die Lage versetzt werden, seine Probleme selbst zu lösen. Da wir hier den Fall der Selbstanalyse ausklammern wollen, müssen wir unser Augenmerk auf die direkten Einwirkungen des Therapeuten auf den Klienten richten. (17)

Diese Art der Beschreibung und Erfahrung einer psychoanalytischen Jugendlichenpsychotherapie läßt sich hier nicht vermitteln. Auch eine relativ ausführliche Vorstellung eines Falles der Behandlung eines Jugendlichen soll hier nicht vorgenommen werden. Die bereits publizierten Fallberichte (vgl. Pearson 1972, S. 196-350; oder Levi 1959) geben außerdem nur immer den Standpunkt des behandelnden Psychotherapeuten wieder und verzichten auf die Wiedergabe des Selbstberichtes des Klienten. Da wir hier die wesentlichen Wirkungsmechanismen technischer Art der zwei wichtigsten Schulen und "Tochterschulen" der Beratung und Psychotherapie vergleichen wollen, müssen wir einen anderen Weg einschlagen.

Wir gehen davon aus, daß ein Jugendlicher durch das konkrete Verhalten eines Psychotherapeuten/Beraters diejenigen Lernerfahrungen machen kann, die ihm eine Lösung seiner Probleme ermöglichen können. Die Psychoanalyse zeitigt also nur insofern pädagogische oder erzieherische Auswirkungen, als sie den Ratsuchenden neue Lernerfahrungen eröffnet, die ohne die Mithilfe des Beraters nicht stattgefunden hätten.

Betrachten wir den Beratungsprozeß als einen Lehr- Lernprozeß oder einen hermeneutischen Kommunikationsprozeß, dann lassen sich die Lernauswirkungen der Psychotherapie als die Herstellung einer Veränderung des Klienten interpretieren, die ihn in die Lage versetzt, seine Probleme zu lösen. Anschließend durch die neuen Erfahrungen, welche der Klient aufgrund der Informationen des Psychotherapeuten sammelt,

kann sich sein gestörter oder auffälliger Zustand in Richtung auf eine geglückte oder normale Sozialisation ändern. Der Therapeut als Sender von verbalen und nicht-verbalen Nachrichten steuert seine vorwiegend verbalen Einwirkungen mittels der Regeln oder Vorschriften seiner psychotherapeutischen Schule, die wir im folgenden herausarbeiten werden. Nachdem der Klient die Grundregel des schulenspezifischen Klientenverhaltens befolgt und das geforderte Klientenverhalten realisiert, kann der Psychotherapeut/Berater seine korrigierenden Verbalisierungen mitteilen. Ausschließlich durch die Umsetzung dieser Therapeutenäußerungen kann der Klient neue Lernerfahrungen machen, die evtl. eine positive Veränderung seines nicht-normalen Zustandes zur Folge haben.

2.1.1 Die Technik der orthodoxen Erwachsenenpsychoanalyse

Die wesentlichen technischen Vorschriften der Erwachsenenanalyse sind bereits durch Sigmund FREUD formuliert worden. Sie lassen sich nach PONGRATZ (1973, S. 279-288) durch zwei Regeln und durch die Deutungsvorschrift zusammenfassen (vgl. auch Menninger, Holzman 1977).

Die Abstinenz- und die Grundregel sprechen Empfehlungen für den Klienten aus, sich gemäß den Rollenvorschriften der Psychoanalyse zu verhalten.

Die Abstinenzregel ist vornehmlich auf den Klienten gerichtet, da sie ihn dazu verpflichtet, seine im Zeitraum der Psychotherapie wirkenden Lebensumstände nicht voreilig zu verändern, z.B. keinen Wohnungswechsel vorzunehmen oder den Beruf und persönliche Beziehungen zu einem Partner nicht aufzugeben. Während der Therapeut lediglich die Einhaltung dieser Vorschrift überwacht - was evtl. bis in die intimsten sexuellen Praktiken hineinreicht, z.B. als formelles Verbot bei perversen Sexualverhalten -, übernimmt der Klient durch seine Unterwerfung unter dieses moralische Prinzip der psychoanalytischen Behandlungsmethode das von der Psychoanalyse vorgeschriebene Rollenverhalten eines heilungs- und kooperationswilligen Klienten.

Aus der Sichtweise der psychoanalytischen Theorie gewährleistet diese Abstinenzvorschrift einen kontinuierlichen Heilungsverlauf, da evtl. durch das Verschwinden eines neurotischen Symptoms neue, aber doch wieder pathologische Verhaltensweisen oder Einstellungen, Erlebnisse auftreten können (Wiederholungszwang), die den Klienten dazu veranlassen können, die Behandlung vorzeitig abzubrechen. Durch diese Vorschrift soll ein zu großer Wechsel der Lebens- und Therapieumstände verhindert werden, um im Sinne der Psychoanalyse genügend Zeit und Motivation für die erfolgreiche Psychotherapie zu gewinnen. Da die Behandlungsdauer einer "durchschnittlichen" großen Psychoanalyse ungefähr drei bis fünf Jahre dauert, bei vier bis sechs Sitzungen pro Woche, scheint der Therapeut durch die Überwachung dieser Vorschrift in die Rolle einer repressiven und zynischen Autorität geraten zu können, was FREUD selbst durchaus gesehen hat:

"Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, daß das Leiden des Kranken in irgend einem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende findet. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermäßigt worden ist, müssen wir es irgendwo anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten (Freud S. 1918, G W, XII, S. 188). (18)

Die zweite Regel der Psychoanalyse ist die Grundregel. Durch die Grundregel wird der Klient zur Verbalisierung sämtlicher Gedanken und Gefühle verpflichtet:

"Der Analysierte wird aufgefordert zu sagen, was er denkt und empfindet, ohne auszuwählen und ohne von dem, was ihm einfällt, etwas auszulassen, selbst wenn dessen Mitteilung ihm unangenehm scheint, lächerlich, ohne Interesse, nicht zur Sache gehörig" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd.1, S. 172; oder vgl. Freud S. 1913, G W, VIII, S. 468).

Diese Grundregel fordert sehr allgemein den Klienten dazu auf, ALLES zu sagen, was er denkt und fühlt. Inwiefern bereits die Verbalisierung von Gedanken und Gefühlen eine psychische Störung oder Krankheit heilen kann, soll hier nicht untersucht werden, denn zusätzlich zu dieser Grundregel der Verpflichtung zur "freien Assoziation" steuert die Deutungsvorschrift die Verbalisierungen des Therapeuten. Diese Deutungsvorschrift fordert den Therapeuten dazu auf, in ganz

bestimmter Art und Weise auf die frei assoziierten Äußerungen des Klienten zu reagieren.

Der Begriff Deutung wird in zweifacher Hinsicht verwendet:

"A) Aufdeckung der latenten Bedeutung der Worte und Verhaltensweisen eines Subjekts durch die analytische Untersuchung. Die Deutung erhellt die Modalitäten des Abwehrkonflikts und zielt letztlich auf den Wunsch ab, der sich in jeder Bildung des Unbewußten ausdrückt.

B) In der Behandlung: die einem Subjekt gemachte Mitteilung, um ihm zu dieser latenten Bedeutung Zugang zu verschaffen; dies geschieht nach den Regeln, die sich aus der Leitung und Entwicklung der Behandlung ergeben" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd.1, S. 117 f.).

Für die psychoanalytische Behandlungstechnik liefert die Deutungsvorschrift die wesentlichen Steuerungsmechanismen dieser Psychotherapie. Obwohl durch die drei Vorschriften der Abstinenzregel, Grundregel und Deutung scheinbar gleichgewichtig gänzlich unterschiedliche Handlungsweisen von Klient und/oder Therapeut betroffen sind, werden mit der Deutungsanweisung doch die wesentlichen Wirkungsfaktoren der Psychoanalyse angesprochen. Lassen wir die Abstinenzregel einmal außer Betracht, da sie lediglich die äußeren Bedingungen der Lebensweise des Klienten betrifft, und wenden wir uns dem Zusammenwirken der Grundregel und der Deutungsvorschrift zu.

Die Grundregel gilt ausschließlich für den Klienten: der Analysand muß all seine Erlebnisse und Gefühle frei assoziiierend aussprechen.

Die Deutungsvorschrift richtet sich zunächst nur an den Therapeuten: der Analytiker verbalisiert "die latente Bedeutung" der Klientenäußerungen. Sobald der Klient aber selbst die Bedeutungen erkennt, kann er seine eigenen Äußerungen auch selbst deuten.

Dieses Ziel der Fähigkeit zur Selbstanalyse wird von den Theoretikern der Psychoanalyse zwar nicht explizit erwähnt; aber man könnte die Funktion des Psychotherapeuten und Beraters auch durch die Funktionsbestimmung der Befähigung des Analysanden zur Selbstanalyse umschreiben. Dann dienen die Deutungen des Analytikers dazu, dem Klienten die Technik der

(Selbst-)Deutung vorzuführen. Der Klient erwirbt durch das Modell und Vorbild des Analytikers diese Fähigkeit und - sofern er sie nicht wieder verlernt - kann somit in Zukunft seine Probleme aus eigener Kraft lösen. (19)

Während die Deutungsvorschrift bisher erst allgemein als die Herausarbeitung von "latenten Bedeutungen" der Äußerungen des Analysanden definiert wurde, liefern die Lehrtexte zur Technik der Psychoanalyse auch genauere Angaben über die Art der Deutungen und inhaltliche Fragen. Diese Angaben gehören zu den wichtigsten technischen Vorschriften der PA.

Als allgemeinste Maxime legt die Deutungsvorschrift den Analytiker auf die hermeneutische Methode oder die Methode des Verstehens fest. Ferner regeln die technischen Vorschriften die Gewichtung oder Bedeutsamkeit ganz bestimmter Inhalte der Äußerungen des Klienten. Nach orthodoxer Auffassung sind die sexuellen und aggressiven Inhalte und die sich als Widerstände äussernden Beziehungen zum Analytiker die wichtigsten Gegenstände der psychoanalytischen Kur.

Die selektive Verbalisierung von (evtl. latenten) sexuellen Inhalten der Klientenäußerungen wurde von vielen Kritikern der PA sehr häufig angegriffen. An dieser Frage der Bedeutung der Sexualität für die normale oder geglückte Sozialisation und die pathologische Entwicklung haben sich in der Nachfolge von S. FREUD die verschiedensten neo-psychoanalytischen "Tochterschulen" der Psychoanalyse entwickelt, angefangen von der Individualpsychologie A. ADLERS über die analytische Psychotherapie C.G. JUNGs bis zur dynamischen oder analytischen Psychotherapie der SCHULTZ-HENCKE-Schule.

Weniger umstritten als die "sexuelle Frage" sind die technischen Vorschriften über die Deutung der Klient-Therapeut-Beziehungen und die Widerstandsformen. Nach orthodoxer Auffassung entwickelt sich im Laufe der psychoanalytischen Behandlung eine sog. Übertragungsneurose zum Analytiker, worunter man positives Verliebtsein oder negative Ablehnungs- und Haßgefühle verstehen kann. Diese positiv oder negativ erlebten Beziehungen (oder Übertragungen) zum Analytiker

deuten die psychoanalytischen Schulen als unterschiedliche Arten von Widerstand gegen die Behandlung.

Die wichtigsten Widerstandsarten des Ichs (= Ichwiderstand) seien Verdrängung und Übertragungswiderstand; ferner der "Widerstand des Unbewußten oder Es" (= Eswiderstand), vornehmlich durch die beiden menschlichen Triebe, den Sexualtrieb und den Todestrieb, hervorgerufen, und als dritte Form den Über-Ich-Widerstand, der besonders schwer zu überwinden sei und wegen unbewußter Schuldgefühle eine Heilung behindere.

Ein wesentliches Charakteristikum der psychoanalytischen Vorschriften zur Technik sind die Angaben über die Heilungswirksamkeit therapeutischer Deutungen oder Verbalisierungen. Die Therapeutenäußerungen sollen erstens selektiv vornehmlich auf die sexuellen und aggressiven Inhalte des Klienten eingehen und zweitens auf die Beziehungen des Klienten zum Therapeuten und die damit verknüpften Gefühle; als drittes Moment hat der Therapeut die Wechselwirkungen oder Implikationen von Inhalts- und Beziehungsaspekten zu deuten.

Für die Jugendlichenpsychotherapie sind die technischen Regeln über die Deutung der Implikationen von sexuellen Inhalten und erlebten Beziehungen zum Analytiker (besonders als Übertragung) von besonderer Bedeutung. Die psychoanalytische Theorie über die Entwicklungsphase der Pubertät geht nämlich davon aus, daß in der Pubertät der Ödipus-Komplex wieder auftaucht und so eine neue Verarbeitung sowohl der Beziehungen (und damit verbundener Gefühle) zu den Eltern als auch zum Analytiker erforderlich ist (vgl. z.B. Freud Anna 1960, S. 1 ff.). Da in der psychoanalytischen Behandlung die ödipale Neurose (= Ödipuskomplex) durch die Übertragungsneurose ersetzt wird, müssen sich zwangsläufig aus diesen theoretischen Aussagen entsprechende Schwierigkeiten für die psychoanalytische Psychotherapie von Jugendlichen ergeben. Der Jugendliche muß ja seine ödipale Bindungen an den andersgeschlechtlichen Elternteil überwinden und neue Beziehungen zu Sexualpartnern außerhalb der Familie aufbauen. Bei diesen Ablösungsbemühungen von der Mutter/dem Vater kann das

Neuentstehen einer Beziehung zum Analytiker eher eine Behinderung der Bestrebungen um Selbständigkeit und eigenständige Beziehungen zu gleichaltrigen Mädchen/Jungen bedeuten.

Wie die drei Tochterschulen der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse von Anna FREUD, Melanie KLEIN und SCHULTZ-HENCKE bzw. Annemarie DÜHRSEN diese Fragen durch unterschiedliche technische Vorschriften zu regeln versuchen, soll jetzt untersucht werden.

2.1.2 Die Technik der Jugendlichenpsychotherapie der psychoanalytischen Anna-FREUD-Schule

Die grundlegenden Vorschriften über die Technik der orthodoxen Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse wurden bereits 1927 von der Tochter Sigmund FREUDs, der Pädagogin und Laien-Psychoanalytikerin Anna FREUD, veröffentlicht. In ihrer "Einführung in die Technik der Kinderanalyse" (vgl. Anna Freud 1927/1973) ging sie sehr kurz und präzise auf die Gründe für die Unterschiede der Technik der Erwachsenen- und Kinderpsychoanalyse ein:

"Die spezielle Technik der Kinderanalyse, soweit sie überhaupt speziell ist, läßt sich aus einem sehr einfachen Satz ableiten: daß der Erwachsene - wenigstens weitgehend - ein reifes und unabhängiges Wesen ist, das Kind ein unreifes und unselbständiges. Es ist selbstverständlich, daß bei so veränderten Objekt auch die Methode nicht die gleiche bleiben kann" (Anna Freud 1973, S. 14).

Zu Anfang der psychoanalytischen Arbeit seien die Einstellungen zur Behandlung und die Situation des Kindes eine andere: "So fehlt uns in der Situation des Kindes alles, was in der des Erwachsenen unentbehrlich erscheint: die Krankheitseinsicht, der freiwillige Entschluß und der Wille zur Heilung" (Anna Freud 1973, S. 16; vgl. auch Freud 1933, G W XV, S. 158 f.).

Auf die besondere Situation des Jugendlichen jedoch geht Anna FREUD in diesen Ausführungen zur Technik nicht ein. Trotzdem wollen wir gerade anhand dieses Buches die oben versuchten Verallgemeinerungen zur Technik der Psychoanalyse präzisieren und belegen. Da ein Jugendlicher weder ganz Kind noch Erwachsener ist, müssen wir die Techniken beider Behandlungsarten kennen. Die Besonderheiten für die Jugendlichenpsychoanalyse

werden wir anhand der weiteren Veröffentlichungen der Anna-FREUD-Schule zusammentragen.

Die (Hilfs-)Mittel der Erwachsenenpsychoanalyse faßt Anna FREUD in vier Sätzen zusammen:

"Wir verwerten erstens alles, was die bewußte Erinnerung des Patienten liefern kann, um seine Krankengeschichte möglichst vollständig herzustellen. Wir bedienen uns der Traumdeutung. Wir verarbeiten und deuten die Einfälle, welche uns die freie Assoziation des Analysierten bringt. Und wir verschaffen uns schließlich aus der Deutung seiner Übertragungsreaktion Zugänge zu allen jenen Stücken seines vergangenen Erlebens, die sich auf keine andere Weise in Bewußtes übersetzen lassen" (Anna Freud 1973, S. 34 f.).

Diese Aspekte der Technik der Erwachsenenpsychoanalyse lassen sich in zwei Regeln oder Vorschriften komprimieren, einer Klienten- und einer Therapeutenvorschrift.

Die ausschließlich für den analysierten Klienten geltende Vorschrift werden wir "freies Assoziieren" nennen; sie betrifft die ersten drei von Anna FREUD genannten Punkte. Durch "freies Assoziieren" soll der Klient sein bewußtes und vorbewußtes Gedächtnismaterial über die Entstehung seiner Krankheit aussprechen und dabei auch seine im Zeitraum des Berichtes dieser Krankheitsgeschichte erlebten Träume berichten.

Die zweite vorwiegend für den Analytiker geltende Therapeutenregel werden wir "Verbalisierung von Deutungen" nennen. Der Therapeut soll die Klientenassoziationen und die Beziehungen zwischen Therapeut und Klient deuten (Übertragung/Gegenübertragung).

Die Klientenregel sei für einen Jugendlichen in der Pubertät und Nachpubertät durchaus zu erfüllen. Lediglich jüngere Kinder in der Latenzzeit (d.h. zwischen 7 und 12 Jahren) und der Vorpubertät hätten Schwierigkeiten, frei zu assoziieren (vgl. Pearson 1972, S. 9 und S. 351). Somit könne in der Jugendlichenpsychoanalyse die gleiche Technik angewendet werden wie in der Erwachsenenpsychoanalyse.

In dem von PEARSON (1972, S. 351 ff.) herausgegebenen amerikanischen "Handbuch der Kinder-Psychoanalyse" werden sechs spezielle Techniken der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse vorgestellt. Die wichtigsten Bestimmungsmomente dieser Techni-

ken sollen hier in der Reihenfolge des Handbuches referiert werden.

1.) Die Technik des Spielens statt der freien Assoziation

Da Jugendliche ebenso wie Erwachsene und Vorschulkinder (vgl. Pearson 1972, S. 351) den Anforderungen der Klientenregel zum "freien Assoziieren" nachkommen könnten, entfällt die Notwendigkeit, auf das kindliche Spiel als Ersatzinstrument für verbale Äußerungen zurückzugreifen.

2.) Die Deutung von Träumen

Für die Kinderanalyse wird bei Träumen, speziell bei den häufigen Angstträumen ("Angst dient zur Strafe für unbewußte Wünsche", a.a.O., S. 357) eine zurückhaltende Deutung der Symbole empfohlen. Es sei besser, "sich darauf zu beschränken, nur die Gefühle zu artikulieren, die der Traum verrät" (a.a.O., S. 357).

Hier scheint eine Angleichung der strengen Deutungsvorschriften von symbolhaltigem Material der Erwachsenenpsychoanalyse an die Therapeutenregel der Gesprächspsychotherapie vorzuliegen, da die Hauptaufgabe der Therapeuten in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie darin besteht, die emotionalen Erlebnisinhalte, d.h. die Gefühle der Klientenäußerungen zu verbalisieren. Während die orthodoxe Psychoanalyse überwiegend die Verbalisierung von "latenten" sexuellen (oder aggressiven) Gefühlen verlangt, geht die allgemeine Verbalisierungsvorschrift der Gesprächspsychotherapie über diese ein- bzw. zweiseitige Festlegung auf die selektive Heraushebung nur dieser beiden Gefühle hinaus und erlaubt somit ein Ansprechen der unterschiedlichsten Arten von Gefühlen des Klienten. (20)

3.) Analyse der Abwehrhaltungen

Diese Spezifizierung der Therapeutenregel hält die Anna FREUD-Schule für besonders wichtig, wahrscheinlich gerade deshalb, weil die Begründerin dieser Schule die verschiedensten Typen der Abwehrmechanismen beschrieben hat (vgl. Anna Freud 1936/1975) und hierdurch die wesentlichen bis dahin unbewußten Konflikte ergründet werden konnten, welche die Neurose eines Kin-

des oder Jugendlichen auslösen (vgl. Pearson 1972, S. 360). In der Veröffentlichung Anna FREUDs über "Probleme der Pubertät" (1960, S. 14 ff.) werden die wichtigsten Abwehrmechanismen des pubertierenden Jugendlichen geschildert. Sie unterscheidet zwischen sechs verschiedenen Typen: vier Mechanismen zur "Abwehr gegen die infantilen Bindungen" und zwei zur "Triebabwehr"; sie sollen hier aufgelistet werden.

Erstens: "Abwehr mit Hilfe von Libidoverschiebung" oder Libidoflucht

Aus Angst vor inzestuösen Bindungen flüchte der Jugendliche zu erwachsenen Ersatzeltern oder "zu leidenschaftlichen gleichgeschlechtlichen oder andersgeschlechtlichen Freundschaften oder zur Bindung an eine Jugendgruppe sozialer oder dissozialer Art" (Anna Freud 1960, S. 15).

A. AICHORN habe als erster diese "Libidoflucht" bei verwahrlosten Jugendlichen beschrieben.

Zur Indikation und Therapierbarkeit dieser libidoflüchtigen oder verwahrlosten Jugendlichen sagt Anna FREUD sehr bestimmt: "Jeder Versuch, einen Jugendlichen zu analysieren, während die Ablösung von den Elternobjekten noch im Gang und scheinbar erfolgreich ist, ist von vornherein zum Scheitern verurteilt" (Anna Freud 1960, S. 16).

Zweitens: "Abwehr durch Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil", kurz: Verkehrung ins Gegenteil

Die Gefühle und Affekte in der bindenden Beziehung zu den Eltern schlugen in ihr Gegenteil um, z.B. werde Liebe zu Haß, Abhängigkeit zur Revolte, Respekt zu Verachtung. Durch den Abwehrmechanismus der Projektion könne sich Mißtrauen oder paranoides Verhalten entwickeln, durch Wendung gegen die eigene Person entstünden Depressionen, Minderwertigkeitsgefühle, Tendenzen zu Selbstbeschädigung und Selbstmordimpulse (vgl. Anna Freud 1960, S. 17).

Nur wenn diese Jugendlichen aus eigener Motivation in die Behandlung kämen, könne die notwendige Übertragungsneurose entstehen; häufig kehrten sich aber die abgewehrten, positiven infantilen Affekte auch in der Behandlung gegenüber dem Ana-

lytiker in ihr Gegenteil um. "An dieser Stelle brechen viele Jugendliche die Analyse ab, um nicht den ganzen, einmal erlebten Gefühlssturm an der Person des Analytikers wiederholen zu müssen" (Anna Freud 1960, S. 18).

Drittens: "Abwehr durch Rückwendung der Libido auf die eigene Person" oder Wendung gegen die eigene Person

Zwei Arten dieses Abwehrmechanismus seien möglich: erstens ein Verbleiben der Libido im Rahmen der eigenen Person und eine Besetzung von Ich oder Über-Ich, wodurch Größenideen oder aber Christus-, d.h. Leidensphantasien, entstehen, was zu Hypochondrie oder prä-psychotischen Zuständen führe (= "die aus den Anfangsstadien der Psychose bekannten Gefühle von Veränderungen am Körper"; vgl. a.a.O., S. 18).

Die Behandlungstechnik habe in diesen Fällen eine Herabsetzung der Hemmungen zu bewirken durch die Herstellung einer tragbaren Beziehung oder Übertragung.

Viertens: "Abwehr durch Regression"

Bei sehr starker Angst könnten sich psychotische Symptome zeigen, wobei zwischen Innen- und Außenwelt nicht mehr unterschieden werden könne und die eigene Person nach dem Bild des Partners verändert werde. Panikartige Ängste vor Hörigkeit und Persönlichkeitsverlust könnten auftreten.

Die beiden restlichen Mechanismen zur Triebabwehr führten zu prä-psychotischen Zuständen, d.h. "zu klinischen Zuständen, die an der Grenze der Psychose" liegen (a.a.O., S. 20).

Fünftens: "Der jugendliche Asket"

Diese "asketischen" Jugendlichen hielten den Lustgewinn an sich für verpöht, nicht nur die triebhaften sexuellen und aggressiven Gefühle, sondern auch psychologische Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf, Wärme usw.

Da diese Askese meist nicht lange dauere, sei eine Psychoanalyse relativ leicht möglich.

Sechstens: "Der kompromißlose Jugendliche"

Die Kompromißlosigkeit dieser Jugendlichen bezöge sich auf lebenswichtige Vorgänge, "wie zum Beispiel die Verschmelzung von Triebregungen, die innere Angleichung von einander entgegen-

gesetzten Strebungen, die Kompromißlösungen zwischen Ich und Es" (Anna Freud 1960, S. 20).

Da die Behandlung eine Versöhnung der extrem einseitigen inneren Widersprüche erreichen müsse, wersetze der Jugendliche sich hiermit einer Psychoanalyse (= Widerstand).

Die Bearbeitung und Verbalisierung dieser verschiedenen Abwehrmechanismen gehört zu den wichtigsten technischen Aufgaben des Psychotherapeuten. Wir müssen also die allgemeine Therapeutenvorschrift der "Verbalisierung von Deutungen" durch diese sechs Arten von Verbalisierungsvorschriften präzisieren. Mit diesen Besonderheiten der "Verbalisierung von Deutungen" sind die Angaben der psychoanalytischen Anna FREUD-Schule aber noch nicht erschöpft. Zu den speziellen Techniken der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse gehören außerdem noch (4.) die Deutung der partiellen Amnesien des Klienten, (5.) das Durcharbeiten der dem Therapeuten entgegengebrachten Gefühle in der Übertragung und (6.) die Analyse der Widerstände.

4.) Die Aufhebung partieller Amnesien

Genauso wie in der Erwachsenenanalyse würden auch in der Kinderanalyse bestimmte wichtige Ereignisse vergessen. Wegen der großen Bedeutung der frühen Kindheit und des Sexual- und Aggressionstriebes innerhalb der Psychoanalyse sollen Gedächtnislücken vorwiegend frühkindliche sexuelle und aggressive Ereignisse und Gefühle betreffen.

5.) Deutung der Übertragung und Gegenübertragung

Die Handhabung der Übertragung wird als das wichtigste Instrument der psychoanalytischen Behandlungsverfahren angesehen. Anhand der folgenden Fragen versuchen die Analytiker der Anna FREUD-Schule eine Übertragung festzustellen:

"Gibt es von seiten des Kindes direkte Aussagen über seine jeweiligen Gefühle für den Analytiker? Sind es Verschiebungen von Gefühlen, die kürzlich den Eltern oder einem Lehrer des Kindes gelten? Oder sind es Manifestationen defensiver Verhaltensmuster, die bereits bestanden und nun dem Therapeuten gegenüber

genau so benutzt werden wie im Umgang mit allen Menschen, zu denen das Kind eine dauernde Beziehung hat?" (Pearson 1972, S. 375).

Nach den hier aufgelisteten Bestimmungsmerkmalen versteht die Psychoanalyse unter Übertragung eine Beziehung des Klienten zum Therapeuten, die mit ganz bestimmten Gefühlen verbunden sei. Je nach Alter des Klienten träten unterschiedliche Übertragungen auf. Bei Kleinkindern und Kindern in der Latenzperiode und der Vorpubertät entstünden nur selten echte Übertragungsbeziehungen, die den Charakter einer Übertragungsneurose annähmen. Anna FREUDs Begründung für diesen grundlegenden Mangel als Besonderheit der Kinderanalyse hat für das Verständnis des Funktionierens der Jugendlichen-, aber auch der Erwachsenenanalyse widersprüchliche Konsequenzen.

Nach der psychoanalytischen Theorie ersetzt der an einer Neurose erkrankte Patient seine neurotischen Symptome durch die Übertragungssymptome und reagiert vorwiegend gegenüber dem Analytiker in neurotischer Weise, außerhalb der Therapie könne sich der Neurotiker zu anderen Personen "normal" verhalten (vgl. Anna Freud 1975, S. 57).

Das Kind sei aus zwei Gründen zu dieser Ersetzung seiner infantilen Neurose durch eine Übertragungsneurose nicht fähig, einmal weil es seine (Liebes-)Beziehungen zu seinen Eltern nicht aufgeben wolle, und zum anderen, weil der Analytiker als Übertragungsobjekt für ein Kind ungeeignet sei. Das Kind kenne die Wünsche und Normen des Analytikers zu genau und könne deshalb seine neurotischen Gefühle und Beziehungsprobleme nicht auf den Analytiker projizieren; Anna FREUD benutzt hier einen Vergleich aus der Optik und Fotografie: "Die Schwierigkeit, die hier entsteht, ist die gleiche, (...) wie wenn wir auf der Leinwand, auf die das Bild projiziert werden soll, schon ein Gemälde aufgetragen finden" (a.a.O., S. 59).

Der Jugendliche soll weitgehend mit der gleichen Technik behandelt werden wie der Erwachsene. Aber die beiden Gründe, welche gegen das Funktionieren der Übertragungsneurose bei

Kindern sprechen, können nach unserer Meinung eventuell auch bei der Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen angeführt werden. Viele erwachsene Patienten werden genauso wenig wie ein Kind zugunsten einer Beziehung zum Psychoanalytiker ihre intimsten und engsten Beziehungen zu ihrem (Ehe-)Partner aufgeben wollen.

Lediglich der Jugendliche befindet sich hier scheinbar in der glücklichen Lage, diese Bedingung der psychoanalytischen Technik erfüllen zu können. In der Übergangsphase vom Kind zum Erwachsenen lösen die meisten Jugendlichen ihre engen familiären Beziehungen zu ihren Eltern und versuchen, neue Beziehungen zu meist gleichaltrigen und gegengeschlechtlichen Partnern aufzunehmen. Da aber dieser Partnerfindungsprozeß "glücklicherweise" eine längere Zeitspanne in Anspruch nimmt, müßten erwartungsgemäß viele Jugendliche keine feste Beziehung haben und somit sehr gut eine Beziehung zu einem Psychoanalytiker eingehen können, und sei sie auch nur eine Übertragungsneurose.

In der obigen Darstellung der wichtigsten Abwehrmechanismen des Pubertierenden sind überwiegend die Hindernisse für eine (Übertragungs-)Beziehung zum Analytiker aufgeführt worden. Der "Fluchtmechanismus" könne eine "positive Annäherung an den Analytiker und vor allem die volle Gefühlsübertragung auf seine Person" vereiteln (Anna Freud 1960, S. 16), ebenso könne durch "Verkehrung der Gefühle ins Gegenteil" eine selbstmotivierte und zwangfreie Aufnahme der Therapie verhindert werden. Auch die anderen Abwehrmechanismen (nämlich: Wendung gegen die eigene Person, Regression, asketisches Verhalten, Kompromißlosigkeit) erschwerten besonders bei jugendlichen Klienten das nach psychoanalytischer Auffassung notwendige Eingehen einer neuen "neurotischen" Beziehung zum Psychotherapeuten in einer Übertragungsneurose.

Wenn diese Übertragungsneurose eine notwendige Bedingung für das heilende Wirksamwerden der Psychoanalyse darstellt, dann müßte diese Schule der Psychotherapie vor der besonderen Situation der Jugendlichen kapitulieren. Zu welchen Widersprüchen

die Aussagen Anna FREUDs über die Schwierigkeiten der Aufnahme einer Übertragungsneurose auch bei Erwachsenen führen, wollen wir anhand des zweiten Argumentes herausarbeiten. Der Analytiker sei deshalb für das Kind kein geeignetes Projektionsobjekt der eigenen Beziehungsprobleme mit den Eltern, weil die Person des Analytikers nicht eine "tabula rasa", sondern dem Kind zu genau bekannt sei.

Aus welchen Gründen lediglich das Kind von der Person des Analytikers nicht abstrahieren könne, müßte genauer geklärt werden. Ein jugendlicher oder erwachsener Analysand wird wahrscheinlich noch in sehr viel größerem Maße in der Lage sein, die Wünsche, Normen und Eigenheiten des Analytikers zu erkennen, da er meistens eine größere Lebenserfahrung und somit auch "vorwissenschaftliche" Menschenkenntnis erworben hat. Ob jedoch der Jugendliche den Übertragungsmechanismus lediglich als ein Quasi-Handeln und eine Quasi-Beziehung ohne Ernstcharakter leichter erkennen kann, dürfen wir wahrscheinlich positiv beantworten. Dann erhält aber die Ernsthaftigkeit der Übertragungsbeziehung einen anderen Charakter.

In der Sprache der Lerntheorie ließe sich das Verhalten des Klienten zum Therapeuten sehr viel einleuchtender als ein Modellernen und Erproben von neuen Verhaltensweisen mit dem Gegenspieler des Therapeuten erklären. In der Klient-Therapeut-Beziehung kann der Klient neue Lernerfahrungen ohne Ernstcharakter erproben, um sie dann im realen Leben mit "echten" Beziehungspersonen zu praktizieren.

Gegenübertragung

Als Äquivalent zum psychoanalytischen Begriff der Übertragung, der die Beziehung des Klienten zum Therapeuten meint, umfaßt die Gegenübertragung "die andere Seite" dieser dualen Beziehung, nämlich den Anteil des Analytikers, seine Beziehung, Gefühle und Haltungen gegenüber dem Jugendlichen.

Bezüglich der verschiedenen Rollen des Kinderanalytikers werden im Handbuch PEARSONs (1972, S. 395 f.) diese Möglichkeiten genannt:

"Er kann sich allwissend geben, allmächtig, fordernd, großzügig, übermäßig besorgt, sadistisch, verführerisch, positiv und negativ ödipal. Er kann auch in der Zusammenarbeit mit den Eltern versuchen, sich in das ödipale Dreieck aktiv einzudrängen, sich mit dem Kind in seiner Einstellung zu den Eltern in verschiedenen Entwicklungsphasen zu sehr identifizieren oder gewisse Aspekte in der Haltung der Eltern, die ihm bedrohlich vorkommen, einfach übersehen."

Versuchen wir diese Beschreibungen auf mögliche Beziehungsformen des Psychoanalytikers gegenüber einem Jugendlichen zu übertragen, dann läßt sich die große Schwierigkeit der kontrollierten Aufnahme der sog. Übertragungsneurose durch den Analytiker leicht ermessem. Die scheinbar positiven Anspragungen der Beziehung des erwachsenen Analytikers (bzw. der erwachsenen Analytikerin) zum pubertierenden Jungen/Mädchen sind jedem Erwachsenen, der enge oder intime Beziehungen zu sehr viel jüngeren Partnern erlebt hat, wahrscheinlich in angenehmer Erinnerung. Eine therapeutische Beziehung soll jedoch nach psychoanalytischer Auffassung den Zielen der Gesundheit oder Wiederherstellung der normalen Liebes- und Arbeitsfähigkeit des Klienten untergeordnet bleiben, deshalb erfordert die Einhaltung dieser technischen Therapeutenregel großes Verantwortungsbewußtsein des Jugendlichenpsychotherapeuten und -beraters. Die hier möglichen Schwierigkeiten und Konflikte lassen sich unter der scheinbar nur technischen Therapeutenregel der "Deutung von Übertragung, Gegenübertragung" nur unvollkommen ansprechen. Das bewußte und gewollte Eingehen einer positiven Beziehung oder Übertragungsneurose mit den Gefahren der Gegenübertragung erfordert eine eindeutige moralische Entscheidung des Jugendberaters. Hier lediglich auf "unbewußte Fixierungen des Analytikers" zu rekurrieren wie die Anna FREUD-Schule in ihrem Handbuch (vgl. Pearson 1972, S. 394 f.), scheint an den wesentlichen moralischen Implikationen der Therapeut-Klient-Beziehung vorbeizugehen.

Nach Anna FREUD besteht der wichtigste prinzipielle Unterschied zwischen der Kinder- und Erwachsenenanalyse in der verschiedenen Ausprägung der Selbständigkeit oder Autonomie des Über-Ichs oder Gewissens. Das Über-Ich des Erwachsenen

habe seine "von der Außenwelt unbeeinflussbare Selbständigkeit bereits erreicht" (Anna Freud 1973, S. 95), was beim Kind aber nicht der Fall sei. Der Jugendliche wiederum befinde sich gerade in der Übergangsphase von der fehlenden "rechte(m) Selbständigkeit" des Kindes (Anna Freud 1975, S. 96) zur "von der Außenwelt unbeeinflussbare(m) Selbständigkeit" des Erwachsenen. In der Person des Analytikers werde dem jugendlichen Klienten diese "unbeeinflussbare Selbständigkeit" eines "normalen" Erwachsenen vorgelebt.

Soweit der Jugendliche aber in einer Übertragungsneurose befangen ist, scheint er sich nach unserer Meinung eher in der therapeutischen Situation eines Kindes als in der eines Erwachsenen zu befinden, wobei das kindliche Über-Ich "noch allzu deutlich seinem Auftraggebern, dem Eltern und Erziehungspersonen zuliebe arbeitet und in seinen Forderungen alle Schwankungen des Verhältnisses zu diesen geliebten Personen wie auch alle Veränderungen in deren eigenen Ansichten mitmacht" (Anna Freud 1975, S. 96).

Ob ein jugendlicher Neurotiker oder Ratsuchender über eine neue Abhängigkeit zum Analytiker die scheinbar erstrebenswerte "unbeeinflussbare Selbständigkeit" eines Erwachsenen erreichen kann, muß zweifelhaft bleiben. Hier wäre eine eindeutige Aussage der Psychoanalyse zu den von ihr vertretenen moralischen Prinzipien einer Therapeut-Klient-Beziehung sehr viel fruchtbarer. Daß unter den Beratern und Therapeuten auch "schwarze Schafe" zu finden sind, welche die "positive Gegenübertragung" zur Abreaktion ihrer eigenen "libidinösen" Bedürfnisse ausnutzen, braucht nicht extra belegt zu werden (vgl. z.B. Bach, Molter 1976, S. 112-132).

Ungenau ist bereits die Zielformulierung der Gewissensbildung oder moralischen Erziehung eines Erwachsenen und der Analytiker selbst. Eine Moral mit dem evtl. obersten Prinzip einer "von der Außenwelt unbeeinflussbare(m) Selbständigkeit" (Anna Freud 1975, S. 95) scheint eine individualistische Moral zu sein, bei der die Abhängigkeit der Normen des Einzelnen von der Gesellschaft übersehen wird und die wahrscheinlich nicht

einmal durch die Analytiker einlösbar ist. Der sich in der Weiterbildung zum Psychoanalytiker oder Psychagogen befindliche Arzt, Psychologe oder Pädagoge muß sich ja selbst durch die Ableistung einer Lehranalyse den erzieherischen Einwirkungen seines ebenfalls erwachsenen Lehranalytikers und dessen verbandlicher Organisation aussetzen. Ob sich das Ergebnis dieser berufsspezifischen moralischen Erziehung mit dem Begriff "unbeeinflussbare Selbständigkeit" treffend charakterisieren läßt, muß ernsthaft in Zweifel gezogen werden. Das Lernergebnis einer psychoanalytischen Behandlung kann man dann aber hiermit wahrscheinlich nicht ausreichend bezeichnen.

Soweit der Analysand die moralischen Standards seines Analytikers noch nicht als die eigenen akzeptiert hat, werden viele hiermit verknüpften Probleme als Widerstandsphänomene aufgegriffen. Die technische Regelung dieser Fragen geschieht durch die Vorschriften zur Deutung von Widerständen. Diese Fragen wollen wir als letzten Punkt der Technik der psychoanalytischen Jugendlichenpsychotherapie der Anna FREUD-Schule behandeln.

6.) Deutung von Widerständen

Bereits die Übertragung verstehen die Psychoanalytiker teilweise als Widerstand. Beides ist aber nicht das gleiche, obwohl eine gewisse Schwierigkeit besteht, beides voneinander zu unterscheiden. Unter Widerstand versteht man all jenes, "was in den Handlungen und Worten des Analysierten sich dem Zugang zu seinem Unbewußten entgegenstellt" (Laplanche/Pontalis 1975, S. 622). Im Handbuch PEARSONS (1972, S. 396) wird der Widerstand in der Erwachsenenanalyse so definiert: "Jene Kräfte, die dem Analysanden hindern, unbewusstes Material hervorzubringen und die dafür sorgen, daß innerseelische Konflikte verdrängt bleiben und nicht ins Bewußtsein gelangen."

Für die Kinderanalyse müsse diese Definition erweitert werden und auch dem Widerstand des Kindes und der Eltern vor der Behandlung miteinbeziehen, letztlich auch den Widerstand des Analytikers - obwohl man letzteres allgemein Gegenübertragung

nenne. (21) Der Widerstand müsse aber auch noch von den Abwehrmaßnahmen bzw. Abwehrmechanismen unterschieden werden.

Durch die folgende allgemeine Definition versuchen die Autoren des "Handbuches der Kinder-Psychologie" jede eventuell doch noch vorhandenen Unklarheiten über die Unterschiede von Widerstand, (Gegen-)Übertragung und Abwehrmechanismen auszuräumen:

"Alle Kräfte, die verhindern, daß das Kind unbewußtes Material hervorbringt, sowie bewußter Widerstand des Kindes und/oder der Eltern und die ungelösten Konflikte des Analytikers in bezug auf Kinder" (Pearson 1972, S. 398).

Obwohl die mit Widerstand beschriebenen Mechanismen hier jeweils gegen die Gesundung oder Normalisierung der Neurose gerichtet zu sein scheinen, von seiten des Analysanden und/oder seiner Eltern oder aber des Analytikers, kann die Deutung einer bestimmten "freien Assoziation" als Widerstand auch für die Motivation des Klienten und Therapeuten eine wichtige Funktion übernehmen. Im Handbuch PEARSONS (1972, S. 398) wird diese Funktion so angesprochen:

"Durch die Behandlung ändern sich Abwehrhaltungen und Einstellungen des Kindes. Wenn die Symptome trotzdem unverändert weiterbestehen, ganz unabhängig davon, wie anscheinend effektiv die Arbeit des Analytikers gewesen ist, muß man annehmen, daß ein oder mehrere Widerstände die Lösung des innerseelischen Konflikts verhindern."

Hiermit erhält der Widerstandsmechanismus die Funktion einer Ultima ratio für die Heilungsabsicht des Therapeuten. Sofern der Therapeut der Meinung ist, daß durch seine Behandlung eine Gesundung längst hätte eintreten müssen, darf er als letzten Ausweg die Technik der Deutung von Widerstand anwenden. Der Analytiker wird also vermehrt die Äußerungen des Analysanden auf Widerstand abklopfen. Umgangssprachlich ließe sich diese Argumentationsfigur gegenüber einem uneinsichtigen Gesprächspartner mit der Redeweise charakterisieren, daß er anscheinend nicht verstehen wolle. Nur wird hier dieser Widerstand gegen die doch eigentlich längst erfolversprechenden Bemühungen des Psychoanalytikers nicht dem Gegenüber zugeschrieben, sondern den "Kräften" des Ich, Es oder Über-

Ich. Eines dieser Teile der Person des Analysanden wider-
setzt sich der Verbalisierung vom "unbewußtem Material". So-
mit darf der Analytiker diese Personenteile angreifen und den
Widerstand (des Ich, Es, Über-Ich) zu brechen versuchen. (22)

Wie zeigt sich aber in der Jugendlichenpsychoanalyse dieser
Widerstand (des Ich, Es oder Über-Ich) gegen die Behandlung,
und welche Deutungen darf der Analytiker benutzen?

Äußere Zeichen vom Widerstand in der Erwachsenenanalyse kön-
nen sein: Schweigen, mangelnde Einfälle (oder freie Assozia-
tionen), Vergessen von Träumen, Redeschwall, Unpünktlichkeit,
säumiges Bezahlen des Honorars, fehlende Änderung der Sympto-
matik, minimale Mitarbeit usw. (vgl. Pongrats 1973, S. 285).
Bei Jugendlichen solle vor allem minimale Mitarbeit und Ko-
operation auftreten, da sie oft auf Anordnung oder Befehl
ihrer Eltern in die Behandlung kommen und häufig das Einge-
hen einer Bindung oder Beziehung als Übertragungsneurose zum
Analytiker ablehnen. Die Psychoanalyse erklärt diese mangeln-
de Bereitschaft zur bindenden therapeutischen Beziehung mit
dem Abwehrmechanismus der Libido-Flucht: der Jugendliche
flieht aus der inzestuösen Bindung an die Eltern und lehnt
eine neue Abhängigkeit vom Analytiker ab.

Eine für die Psychoanalyse sehr wichtige Widerstandsart des
Jugendlichen macht seine Unsicherheit und Verlegenheit aus,
über sexuelle Inhalte zu sprechen (vgl. Pearson 1972, S. 401).
Da die Anna FREUD-Schule der Sexualität für die Entwicklung
des normalen psychischen Lebens eine große Bedeutung beimißt,
muß dieser Widerstand "selbstverständlich" gebrochen bzw.
durchgearbeitet werden. Die Neurosenlehre behauptet ja, daß
die Symptome des Neurotikers eine sexuelle Wunscherfüllung
darstellen (vgl. z.B. Laplanche/Pentalis 1975, Bd.2, S. 467).

Anna FREUD hat sich im Zusammenhang mit Pubertätsproblemen
besonders mit dem Abwehrkämpfen des Ichs gegen die Triebab-
kömmlinge beschäftigt. Nach ihrer Auffassung über die Ent-
wicklung der Psyche komme dieser Kampf zwischen dem Ich und
Es mit dem Beginn der Latenzzeit zum Stillstand - also mit
ungefähr 7 Jahren (vgl. Pearson 1972, S. 9) - und flamme

zu Beginn der Pubertät, in der Vorpubertät, von neuem auf, "wenn die Kräfteverteilung im Individuum durch die quantitative und qualitative Umgestaltung der Triebe ins Wanken gerät" (Anna Freud 1960, S. 3).

In den "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" hat S. FREUD die Wandlungen des infantilen Sexuallebens in die endgültige normale Gestaltung des Erwachsenen beschrieben (vgl. S. Freud 1905/1965, S. 79-109). Nach Anna FREUD (1960, S. 2) ist eine Neuordnung von dreierlei Art festzustellen: "die Unterordnung der erogenen Zonen unter das Primat der Genitalzone; neue, für die beiden Geschlechter verschiedene Sexualziele; die Wahl von Sexualobjekten außerhalb der Familie". Während der Analyse des Jugendlichen müßten diese Wandlungen seines Sexuallebens zur Sprache kommen. In psychoanalytischer Terminologie läßt sich dieser Prozeß so ausdrücken:

"Das unter den Bedingungen der ersten Kindheit aufgebaute Ich sieht sich von der Triebentwicklung bedroht, entwickelt Angst und verteidigt seine Existenz unter Anspannung aller Kräfte und mit Einsatz aller ihm zur Verfügung stehenden Abwehrmethoden. Die daraus folgenden Persönlichkeitsveränderungen sind von verschiedener Art. Im normalen Fall weitet sich die Struktur der Ichorganisation (Ich und Überich) genügend, um die gereiften Sexualäußerungen als ichgerecht zuzulassen. In weniger günstigen Fällen kann zweierlei eintreten: bei dem einen Extrem gelingt es dem unsachgiebigen infantilen Ich und Überich, die sexuelle Reife zu hemmen oder in abnorme Bahnen zu lenken, bei dem anderen Extrem siegen die Abkömmlinge des Es und überrennen und zerstören die Ichorganisation mit schweren Folgen für psychisches Gleichgewicht und soziale Anpassung" (Anna Freud 1960, S. 3 f.).

Diese extremen Möglichkeiten der Bewältigung der anwachsenden sexuellen Triebenergie und der neuen Qualitäten des Sexualtriebes muß der Analytiker in der Behandlung durch seine "Deutungen des Widerstandes" zu verhindern suchen. Der Jugendliche selbst ist nach orthodoxer psychoanalytischer Meinung unerfahren, überhaupt über diese Prozesse zu sprechen. Aber nur durch empirische Erhebungen ließe sich nach unserer Meinung diese "Sprachlosigkeit" "der" Jugendlichen belegen. Wir dürfen jedoch annehmen, daß viele psychoanalytische Psychotherapeuten in ihrer Praxis vorwiegend mit diesem Jugendlichen zu tun haben

Ob aber ein "Nicht-Sprechen" über Sexualität auch mit einem "Nicht-Handeln" auf sexuellem Gebiet verbunden ist, stellt eine ganz andere Frage dar, die wiederum nur empirisch entschieden werden kann. (23) Schließt man aus den in den letzten Jahren veröffentlichten Zahlen über sexuelle Verhaltensweisen auf die Häufigkeit von "Nicht-Verhalten", dann ergeben sich auch für Jugendliche der 70er Jahre in der BRD noch relativ hohe Werte.

Ungefähr 36% der von SIGUSCH/SCHMIDT (1972; zit.n. Horststein u.a. 1975, S. 408) befragten Jugendlichen zwischen 16 und 17 Jahren verfügten über keine Keitass- oder Pettingerfahrung im letzten Jahr vor der Befragung. Dieser geringen Rate heterosexuellen Verhaltens steht eine sehr viel größere Häufigkeit von "egosexuellen" oder autoerotischen Verhalten, nämlich Masturbation gegenüber. Mit 16 Jahren masturbieren ungefähr 90 % der Jungen und zwischen 30% und 50% der Mädchen. Lassen wir die schichtspezifische Variation unberücksichtigt, dann verfügen immerhin 10% der 16- bis 17jährigen Jungen und ungefähr 40% der Mädchen über keinerlei Masturbationserfahrung, obwohl nach Anna FREUD (1960, S. 2) in der Pubertät eine "Unterordnung der erogenen Zone unter das Primat der Genitalzone" sich vollziehen müßte.

Klar ausgesprochen, besteht somit das Ziel der Widerstandsdeutungen des Psychoanalytikers darin, den Jugendlichen zu autoerotischen oder heterosexuellem Verhalten zu ermutigen oder zu befähigen. Die dabei auftretenden moralischen Bedenken vieler Jugendlicher werden als Über-Ich-Widerstand aufgefaßt und müssen durchgearbeitet bzw. ausgeräumt werden.

Bei der Diskussion der verschiedenen Abwehrmechanismen Jugendlicher sind uns die verschiedenen pathologischen Extreme einer überstarken Abwehr der sexuellen oder libidinösen Triebenergie vorgeführt worden. Der "Fluchtmechanismus" sorgt für eine plötzliche, übertrieben starke und gänzlich von den Eltern abgewendete leidenschaftliche Hinwendung in gleichgeschlechtliche oder andersgeschlechtliche Freundschaften (vgl. Anna Freud 1960, S. 15). Der Mechanismus der "Verkehrung der

Affekte in ihr Gegenteil" kann zu feindseligem und paranoidem führen oder aber, auf die eigene Person gewendet, zu Depressionen und Suicidgefährdungen.

Ein weiteres Anzeichen für Widerstand eines Jugendlichen sei "die Befürchtung, daß der Analytiker sie nach den Wünschen ihrer Eltern umformen wolle" (Pearson 1972, S. 402). Um diese Befürchtung auszuräumen, empfehlen die Autoren des Handbuchs, der Analytiker könne

"dem Jugendlichen gar nicht oft genug versichern, daß er auf seiner Seite steht - nicht auf der der Eltern -, und daß die Eltern möglicherweise mit dem Ergebnis der Behandlung nicht zufrieden sein könnten, daß es dem Analytiker aber einzig darauf ankomme, dem Jugendlichen zu helfen, sich selbst zu verstehen und sein Leben richtig einzurichten" (Pearson 1972, S. 401).

Inwiefern diese Versicherung den realen Rechtsverhältnissen der Therapie eines Jugendlichen entspricht, müßte ein wenig genauer untersucht werden.

Die Eltern haben nach eindeutiger Rechtsauffassung des Familien- und Jugendwohlfahrtsgesetzes dem minderjährigen Kind und Jugendlichen gegenüber die elterliche Gewalt (oder das elterliche Sorgerecht). Sie beinhaltet nach § 1631 BGB im wesentlichen das Recht und die Pflicht der Eltern, "das Kind zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthaltsort zu bestimmen". Obwohl sie eigens angehalten sind, über die körperliche, aber auch seelische Entwicklung ihres Kindes zu wachen, bedeutet dieses keineswegs, daß ein Psychotherapeut oder Jugendberater sich einfach nur auf eine Seite stellen könnte, nämlich auf die des Jugendlichen. Unter dem Risiko des Abbruches der Behandlung durch die Eltern muß der Therapeut/Berater vielmehr diese konfliktthaltige Rechtslage zum Wohle des Jugendlichen ausnutzen. Wenn der Analytiker diese rechtliche Situation dem Jugendlichen gegenüber einseitig darstellt, ist keineswegs dem Jugendlichen bei der Erkennung seiner eigenen Rechte und Pflichten geholfen. Vielmehr wird ihm hier ein rechtsfreier Raum "der psychoanalytischen Behandlung" vorgespielt, der sich im Konfliktfalle aller Voraussicht nach meist als ein elterliches Gewaltverhältnis herausstellen wird.

Neben diesem Problem der Entscheidungsgewalt über die Aufnahme und Weiterführung einer Psychotherapie/Beratung stellt sich häufig die Frage nach der Verschwiegenheit des Analytikers. Als Arzt kann er sich auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen. Anders sieht die Rechtslage jedoch bei Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen aus. Aber wir wollen hier diesen schwierigen Problemkomplex der Verschwiegenheit und des Zeugnisverweigerungsrechtes von Beratern nicht weiter erörtern (vgl. Schumacher 1975 und Stascheit 1975).

Die technischen Vorschriften der Psychoanalyse gehen auf diese Probleme nicht genügend ein. Sie lassen dem Jugendlichen durch eine einseitige Information über die Interessen des Psychoanalytikers und seine rechtlichen Möglichkeiten im unklaren, tragen somit nicht zu einem klaren Wissen des minderjährigen Analysanden über seine Rechte bei und können deshalb auch die Befürchtungen des Jugendlichen, die Eltern wollten ihn nach ihren Wünschen umformen, wahrscheinlich nicht auf ihren realen Kern hin bearbeiten. Diese Angst des Jugendlichen vor Einflußnahme der Eltern auf seine Persönlichkeitsentwicklung besteht nämlich zu recht. Sie können seine Berufswahl festlegen, seine Freunde und Bekannte nach ihrem Interesse akzeptieren oder ablehnen und durch eine Vielzahl anderer Maßnahmen ihre elterlichen Erziehungsvorstellungen auch gegen den Jugendlichen, aber auch den Analytiker, durchsetzen. Auf dieses reale Gewaltverhältnis der Eltern hat die psychoanalytische Lehre über die Technik der Behandlung durch ihre Vorschriften der Deutung und Durcharbeitung von "Widerständen der Eltern während der Behandlung" reagiert. Ihre technischen Vorschriften erschöpfen sich also keineswegs in der Empfehlung, dem Jugendlichen immer wieder die volle Unterstützung des Analytikers zu versichern.

Die technischen Regeln der Anna FREUD-Schule verbieten eine simultane Behandlung eines Kindes/Jugendlichen und der Eltern. Da der Therapeut aber an den Einflußmöglichkeiten der Eltern seines Klienten nicht vorbeikommt, muß er zumindest die nega-

tiven Beeinflussungen der Eltern auszuschalten versuchen. Die Eltern werden somit in der Behandlung lediglich als ein die Gesundheit behindernder Faktor berücksichtigt. Ihre Einflüsse sollen laut Anweisungen des Handbuches von PEARSON (1972, S. 405) als "Widerstand der Eltern während der Behandlung" gedeutet werden. Wer genau jedoch der Adressat dieser Deutungen sein soll, lassen die Autoren offen.

Sie rechnen vor allem von seiten der Eltern mit Schuldgefühlen, Neid gegenüber dem Analytiker und mit mangelnder Geduld und Umstellungsfähigkeit, wenn z.B. ein bisher passiver oder "braver" Jugendlicher im Laufe der Behandlung aktiv wird und mit seinen Angehörigen u.a. in Streit gerät.

Aufgrund der Maxime, daß der Jugendliche der "echte" Klient ist, muß der Therapeut sich nach Auffassung der Anna FREUD-Schule auf die Analyse des Jugendlichen beschränken. Sofern sich auch eine Behandlungsbedürftigkeit eines (oder beider) Elternteile ergibt, wird dem Analytiker empfohlen, den Eltern einen psychoanalytischen Kollegen zu empfehlen. Die Deutungen der elterlichen Widerstände können dann im Rahmen der eigentlichen Jugendlichenpsychotherapie nur über den Jugendlichen als Vermittler oder in kurzen Informationsgesprächen mit den Eltern, evtl. sogar nur telefonisch, erfolgen. Warum der Analytiker nicht die Eltern selbst stärker in die Behandlung einbezieht, müßte sehr viel ausführlicher als z.B. im Handbuch von PEARSON begründet werden. (24)

Selbst nach psychoanalytischer Auffassung spielen die Eltern durch das Über-Ich des Jugendlichen eine bedeutende Rolle. Daß sich der Analytiker z.B. bei einem zu rigiden Über-Ich lediglich auf die Durcharbeitung und Deutung von Über-Ich-Widerstand beschränkt, hinter dem sich konkret die elterlichen Erziehungsprinzipien und Moralvorstellungen verbergen, scheint nicht notwendig zu sein. Mit einem evtl. kurz vor der Volljährigkeit stehenden Jugendlichen kann der Analytiker zwar einfacher arbeiten, sofern er seine Moral verändern will, besonders was sexuelle (und aggressive) Verhaltensweisen betrifft; nur verstellt der Analytiker die wirklichen Zusammenhänge einer Veränderung von Moralvorstellungen über (Hetero-, Homo-

und "Ego"-)Sexualität, wenn er einen ausagierenden oder gehemten Jugendlichen lediglich auf seine individuellen Gewissenskonflikte zurückwirft und deren Genese durch eine Introjektion der elterlichen Sexualmoral zu erklären nahelegt.

Eine letzte technische Vorschrift der Anna FREUD-Schule betrifft die Deutungen des "Widerstandes des Analytikers gegen Kinder und Kinderanalyse" (vgl. Pearson 1972, S. 407 und 408). Zwar wird nicht gesagt, wer der Adressat dieser Deutungen zu sein hat, wir dürfen aber annehmen, daß die Anna FREUD-Schule die Durcharbeitung dieses "Widerstandes des Analytikers" lediglich als eine private oder berufsspezifische Angelegenheit der Psychotherapeuten und ihrer Supervisoren, Studenten oder Aspiranten ansieht. Diese Widerstandsform oder Gegenübertragungsprozesse scheinen so wichtig zu sein, daß ihre Bewältigung als eine Grundbedingung für die Eignung zum Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut genannt wird.

An den Charakter dieser Psychotherapeuten möchten die Autoren des Handbuches der Anna-FREUD-Kinder-Psychoanalyse besondere Anforderungen stellen.

"Er muß schlechtes Benehmen, körperlichen Kontakt und endlose Spiele aushalten können, die dem Kind viel mehr Spaß machen als ihm. Er muß anpassungsfähig und flexibel genug sein, um sich zu seinem Patienten auf den Boden zu setzen, muß wissen, wie man ein Kind bändigt, wenn es sich als nötig erweist und wie man mit einem Kind arbeitet, das fest entschlossen ist, sich gegen die Behandlung zu sträuben. Er muß seine eigene Passivität und Abwehrhaltungen gegen Masochismus analysiert haben (...)" (Pearson 1972, S. 407).

Da diese Anforderungen anscheinend nur von wenigen Analytikern erfüllt werden, ließe sich hiermit auch die Vernachlässigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch die Psychoanalyse erklären. Die Autoren des "Handbuches der Kinder-Psychoanalyse" gehen sogar so weit, daß sie die Einlösung dieser schwer zu erfüllenden Bedingungen für diesen speziellen psychoanalytischen Heilberuf nur einer ganz besonderen Art von Menschen zutrauen, nämlich solchen, die u.a. ihre "eigene Passivität und Abwehrhaltungen gegen Masochismus analysiert haben" (a.a.O.). Nach streng orthodoxer Charakterologie der

FREUDianer können diese Bedingungen anscheinend eher solche Analytiker erfüllen, deren Charakterstruktur durch Dulden, Flexibilität, Passivität und Masochismus beschrieben werden kann. Eine Vermutung darüber, welche Arten von Analytikern dieses zu sein scheinen, äußern die Autoren direkt anschließend an obige Charakterbeschreibung des ideellen Kinderpsychoanalytikers: "Vielleicht findet man gerade aus diesen und anderen Gründen vor allem Frauen, die auf diesem Gebiet arbeiten" (Pearson 1972, S. 407).

Wir hatten die verschiedenen technischen Vorschriften der Behandlung von Jugendlichen nach der Anna FREUD-Schule der Psychoanalyse vorgestellt und waren zu einer Anwendung dieser Techniken auf die Analytiker selbst und ihre Berufssituation gekommen. Unsere Art der Darstellung hatte sich auf die beiden Gruppen von Vorschriften für die Klienten und den Analytiker konzentriert, nämlich auf die Klientenregel des "freien Assoziierens" und die Therapeutenregel der "Verbalisierung von Deutungen". Während die Klientenregel scheinbar unspezifisch den Redefluß des Jugendlichen in Gang halten soll, beinhaltet die Therapeutenregel eine Vielzahl von einzelnen Unterregeln zur gezielten Steuerung der Äußerungen, Gedanken und Gefühle des Analysanden. Obwohl wir auf die theoretischen Erklärungen der Wirkungsweise der Jugendlichenpsychoanalyse nicht oder nur sehr spärlich eingegangen sind, glauben wir doch, hiermit die wesentlichen Heilungsmechanismen dieser Schule der Psychotherapie vorgestellt zu haben. Der Verzicht auf die theoretischen Erklärungen leitete sich von der speziellen Situation des Analysanden ab, der keine theoretischen Erläuterungen und Erklärungen des Heilungsmechanismus in der eigentlichen Behandlung durch den Analytiker vermittelt bekommt, sondern anhand der "Verbalisierung von Deutungen" eine konkrete Demonstration der Technik erfährt und evtl. aufgrund des Modellverhaltens seines Analytikers diese Technik schließlich selbst erkennt und anzuwenden lernt.

In einer zusammenfassenden Formulierung beschreiben die Autoren des "Handbuches der Kinder-Psychoanalyse" die Aufgabe

des Analytikers als eine Hilfe bei der sprachlichen Äußerung von Gefühlen. Sobald der Analysand diese Technik selbst beherrscht und seine Probleme damit lösen kann, entfällt die Notwendigkeit für eine Psychoanalyse. Das "Handbuch der Kinder-Psychoanalyse" der Anna FREUD-Schule sagt hierzu:

"Es ist nicht zu übersehen, daß der wichtigste Beitrag in der Psychoanalyse von Kindern darin besteht, die bewußten und unbewußten Gefühle des Patienten in Worte zu fassen. Anna Freud hat bewiesen, daß Leugnen ganz besonders als Abwehr von Gefühlen auftritt, die das Kind ebenso fürchtet wie seine instinktiven Impulse" (Pearson 1972, S. 353).

An einer anderen Stelle lesen wir diese präzise Zusammenfassung technischer Vorschriften: "Die Arbeit des Analytikers besteht nun weitgehend darin, bewußte und unbewußte Widerstände gegen freie Assoziation auszuräumen und bewußte sowie unbewußte Abwehr der zugrundeliegenden unbewußten Triebregungen aufzudecken" (Pearson 1972, S. 7 f.).

2.2 Ein idealtypisches Behandlungsmodell der psychoanalytischen Anna FREUD-Schule: EIBSLER (1966)

Die bisherige Darstellung der Technik oder Regeln der psychoanalytischen Behandlung von Jugendlichen könnte den Eindruck einer sehr statischen Ausrichtung der Psychoanalyse aufkommen lassen. Wie sich jedoch das dynamische Element dieser Behandlungsmethode auswirkt, läßt sich anhand der Auflistung der technischen Vorschriften der Jugendlichenpsychoanalyse nicht klar aufzeigen.

In der Erwachsenenbehandlung ist von Sigmund FREUD der dynamische Gesichtspunkt aufgrund seiner psychologischen Gefühls- oder Motivationstheorie eingeführt worden, daß psychische Phänomene durch die dualistischen Sexualitäts- und Aggressionstriebe in einen Konflikt geraten. Die drängenden Triebkräfte insbesondere des Unbewußten müssen durch die Gegenkräfte des Widerstandes überwunden werden, damit Verdrängtes den Zugang zum Bewußtsein erreicht. In der Technik der Deutung von Widerstand erhält diese Motivationstheorie ihre praktische Umsetzung.

Welche technischen Konsequenzen aus der dynamischen Betrachtungsweise in der Jugendlichenberatung gezogen werden können,

hat EISSLER (1966) in einem idealtypischen Modell für die Behandlung Pubertätierender herausgearbeitet.

In der Entwicklungsphase der Pubertät sei das Auftreten von stürmischen Konflikten ein normaler Vorgang. Sie hätten ihren Ursprung in dem Prozeß der Reorganisation der Persönlichkeit des Pubertätierenden. Indem EISSLER sich auf die Jugend- bzw. Pubertätstheorie von Anna FREUD beruft, charakterisiert er die Veränderungen in der Pubertät. Die Anteile der Persönlichkeit, die sich sozusagen verdichtet und verfestigt hätten, würden aufgelockert, und neue Strukturen müßten gebildet werden. (25)

Charakteristikum seines Behandlungsmodells ist ein differenzielles diagnostisches Vorgehen und ein flexibler Methodeneinsatz bei der Jugendlichenpsychotherapie.

2.2.1 Diagnostische Differenzierung

Ausgehend von der schon klassischen Neurosen- und Psychosendiagnostik der FREUDschen Psychoanalyse empfiehlt EISSLER für die vier großen Gruppen psychischer Krankheiten ein differenziertes Vorgehen.

Die vier Grundformen der Psychopathologie sind nach EISSLER (1966, S. 839) die "Neurose, Perversion, Verwahrlosung, Psychose und deren Äquivalente in der Form von Charakterstörungen".

In Übereinstimmung mit der FREUDschen Neurosenlehre vertritt EISSLER die Auffassung, daß sich die grundlegenden Konflikte eines Menschen in der Infanzzeit und der frühen Latenz herausstellten. Diese grundlegenden Konflikte erfüllen später beim Erwachsenen sehr wahrscheinlich keine erhebliche Änderung, wohl aber werde die KLINISCHE FORM, in der sie sich beim Erwachsenen manifestieren, oft erst während der Pubertät festgelegt (vgl. Eissler 1966, S. 839). Hiermit geht EISSLER in der Einschätzung der Bedeutung der Pubertät für den Erwachsenen über die FREUDsche Theorie der Genese von psychischen Störungen hinaus und räumt der Entwicklungsphase der Pubertät einen bedeutenden Stellenwert ein.

Eine einzige Ausnahme der Festlegung der "klinischen Form" der individuellen psychischen Erkrankung liege in den Fällen vor, "bei denen schon vor der Pubertät oder vor der Verpubertät eine spezifische Psychopathologie sich fest ausgebildet hat und bei denen man eine gleichförmige Pathologie von den Jahren der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter verfolgen kann" (Eissler 1966, S. 839 f.). Als Beispiele führt er die Entwicklung einer schweren kindlichen Phobie zu einer Zwangsneurose der Latenzzeit und schließlich der unveränderten Mischform in der Pubertät bis ins Erwachsenenalter an, ferner einen Fall, "in dem ein Patient im zweiten Lebensjahr homosexuell verführt wurde und sich die Homosexualität zeitlebens unverändert erhielt" (Eissler 1966, S. 840).

Die große Mehrzahl der psychischen Erkrankungen von Erwachsenen erhielten jedoch erst in der Verpubertät oder Pubertät ihre "meistens unverändert bleibende Endform der Psychopathologie" (a.a.O., S. 840). Aus dieser Hypothese über die Bedeutung der Pubertät leitet EISSLER wichtige Grundsätze oder Vorschriften zur Technik der Jugendlichenpsychotherapie ab.

In der Jugendlichenanalyse ergäben sich nach EISSLER ganz besondere Schwierigkeiten bei der Auswahl einer bestimmten psychoanalytischen Technik.

Bei einer scharf umrissenen, fest etablierten Form der Psychopathologie eines Jugendlichen, nämlich einer schweren Neurose, einer Schizophrenie, Verwahrlosung oder Perversion sei die klassische Methode FREUDs der Erwachsenenpsychoanalyse anzuwenden. Die Symptomatologie des Pubertierenden weise dagegen eine Besonderheit auf, die weitreichende Folgen für ein idealtypisches Modell der Jugendlichenpsychoanalyse habe.

"Bei pubertierenden Patienten aber, deren Zustand zwar keinen Zweifel an der Notwendigkeit einer Behandlung läßt, deren Psychopathologie hingegen noch im Flusse ist, erhebt sich ein pubertätsspezifisches Problem der analytischen Technik. Bei vielen dieser Fälle kann man nämlich beobachten, daß die Form der Psychopathologie im Laufe von Wochen oder Monaten, manchmal von Tag zu Tag, ja nicht selten im Laufe derselben psychoanalytischen Sitzung, von einem Typus zum anderen wechselt. Die Symptome solcher Patienten können zu einem gegebenen Zeit-

punkt neurotisch sein, zu einem anderen nahe an eine Psychose heranreichen. Dann wieder können plötzlich delinquente Akte vom Patienten verübt werden, die von einer Phase sexueller Perversionen gefolgt werden" (Eissler 1966, S. 840).

2.2.2 Flexible Technik

Diese große Häufigkeit symptomatischer Veränderungen beweise, daß eine Technik den Ansprüchen der Pubertätsanalyse nicht genügen könne. EISSLER unterscheidet fünf verschiedene Techniken der Behandlung: 1.) die klassische Methode FREUDs, 2.) die Kinderanalyse (von Anna FREUD), 3.) die psychoanalytische Behandlungstechnik für Verwahrloste, 4.) die für Schizophrene und 5.) die psychoanalytische Behandlungstechnik bei Perversionen. Da die spezielle Technik der Kinderanalyse hauptsächlich für die Altersgruppe der Kinder "auf der Höhe der ödipalen Phase" entwickelt wurde, bleiben für uns vier Techniken der Jugendlichenbehandlung übrig (vgl. Eissler 1966, S. 843, Fn. 6).

Aufgrund des häufigen und schnellen Wechsels der Formen der Psychopathologie bei Pubertätierenden schlägt EISSLER eine phasenspezifische und antizipierende flexible Technik der Jugendlichenpsychoanalyse vor.

Dieses Behandlungsmodell scheint ein großer Fortschritt in der Entwicklung einer speziellen psychoanalytischen Jugendlichenpsychotherapie zu sein. Hiermit geht er über die starren diagnostischen und therapeutisch-technischen Grenzen der Psychoanalyse weit hinaus und ermöglicht ein gänzlich neues Verständnis der Psychopathologie des Jugendlichen, da nämlich die unterschiedlichen (fünf Gruppen der) Krankheitsbilder als Stadien oder Phasen eines individuellen Entwicklungsprozesses einer seelischen Erkrankung und Gesundung aufgefaßt werden.

Anhand eines relativ ausführlichen Zitates soll diese flexible Technik vorgestellt werden. Sie besteht in einer Kombination der obengenannten vier Techniken: der klassischen Analyse, der Verwahrlostenanalyse, der akuten Schizophreniebehandlung und der Technik der Perversionsbehandlung:

"Wenn der Analytiker einen Jugendlichen psychoanalytisch zu behandeln hat, stehen ihm die folgenden Techniken zur Verfügung. Mit der klassischen Technik kann er den Schaden wieder gut machen, der in Form der Hemmungen und neurotischen Symptome besteht und der durch eine die Entwicklung der Triebe schädigende Realität verursacht wurde; mit der Technik der Analyse von Verwahrlosten ist er instand gesetzt, die Risse und Lücken im Über-Ich des Jugendlichen zu schließen, um dadurch dessen antisoziale Impulse zu hemmen; mit der Technik der Behandlung der akuten schizophrenen Phase vermag er den Jugendlichen mit der Umwelt zu versöhnen, wenn diese für ihn unerträglich schmerzhaft geworden ist, so daß er sich von ihr zurückzieht und sich seinem Es fast wehrlos überläßt. Indem der Analytiker bei dem Jugendlichen einen Konflikt zwischen dem Ich und den perversen Impulsen stiftet oder wach hält, bemüht er sich danach, im Unbewußten die Besetzung heterosexueller Objekte und der Genitalfunktion zu sichern.

Die Grundaufgabe der Analyse Pubertierender - und damit ihre große Schwierigkeit - besteht in der Synthese dieser vier Techniken. Anders ist es, wenn - wie eingangs gesagt - die Psychopathologie des Adoleszenten festgefügt und starr ist und er mit einer Symptomatologie zur Behandlung kommt, die ihn eindeutig und verläßlich als zu einer der vier großen, vorher skizzierten Gruppen gehörend kennzeichnet. Ansonsten muß die Technik der Behandlung mit der jeweiligen Phase, in der die Symptome des Patienten sich gerade befinden, korreliert werden, denn die Symptomatologie des Pubertierenden kann sich so tief und wesentlich ändern, daß das Risiko eines Mißerfolges beträchtlich ist, falls der Analytiker auf einer Technik beharrt, die der anfänglichen klinischen Diagnose entspricht. Ich vermute, daß der weitverbreitete Pessimismus über die Erfolgsaussichten der Analyse Pubertierender die Folge des häufigen starren Festhaltens an ein und derselben Technik während des gesamten Behandlungsverlaufes ist" (Eissler 1966, S. 860 f.).

Inwiefern die einzelnen Techniken sich voneinander unterscheiden oder ob sie nur relativ geringfügig voneinander abweichen, soll nun untersucht werden.

Die klassische Technik der Psychoanalyse zur Behandlung von Neurosen haben wir bereits oben behandelt.

Eine spezielle Abwandlung dieser Methode ist die Verwahrlosten- und/oder Delinquentenbehandlung. Da der Verwahrloste unter seinen Symptomen selbst nicht leidet, sondern nur seine Umgebung, bestünde die Aufgabe des Analytikers in der ersten Phase der Verwahrlostenpsychoanalyse darin, ihn "analysierbar, d.h. neurotisch zu machen" (Eissler 1966, S. 846).

Das wichtigste technische Mittel sei die Bildung von Über-Ich-Strukturen. In der Analyse müßten die Prozesse der normalen

Über-Ich-Entwicklung nachgeholt und eine Verdrängung der unerfüllbaren Begierden aufgebaut werden. Die abgewehrten und verdrängten Impulse kehrten dann in der Form neurotischer Symptome wieder und könnten somit in der zweiten Behandlungsphase mit der klassischen Technik beseitigt werden. (26)

Das zweite Charakteristikum der Verwahrlostenbehandlung bestünde in einer Beschränkung von Deutungen auf ein Minimum, um die Abwehrmechanismen gegen aggressive Impulse zu verstärken (vgl. Eissler 1966, S. 847).

Bever der Verwahrloste oder Delinquente/Kriminelle also einer klassischen Psychoanalyse unterzogen werden könne, müßten zwei Lernergebnisse erzielt werden: die Über-Ich-Bildung müsse erfolgt und Abwehrmechanismen müßten vorhanden sein. Als technisches Mittel werde hierzu nicht die Deutung durch den Analytiker herangezogen, sondern die Verbalisierung der geheimen Gedanken über eine Befriedigung asozialer und/oder aggressiver Impulse.

Dieses müsse dadurch geschehen, daß der erfahrene Analytiker in der Lage ist, "anscheinend triviale Äußerungen des Patienten (verbale wie mimische oder solche der Gestik) als Hinweise auf die jüngsten Missetaten des Verwahrlosten und auf seine Pläne für die Zukunft zu verwenden".

Weiter heißt es dann: "Indem der Analytiker die geheimen Gedanken des Patienten verbalisiert, erzeugt er im Verwahrlosten die Vorstellung, allwissend zu sein. Diese Illusion der Allwissenheit ist wahrscheinlich einer der stärksten Antriebe zur Ausbildung einer positiven Übertragung" (Eissler 1966, S. 847).

Die Technik der Behandlung der akuten Schizophrenie ist der dritte Bestandteil einer flexiblen Jugendlichenpsychoanalyse. Bei der Schizophreniebehandlung müsse man zwei Phasen unterscheiden, eine akute und eine chronische Phase (vgl. Eissler 1966, S. 849). In der akuten Phase sei die gesamte Persönlichkeit des Patienten von der Krankheit überschwennt. Ihre wichtigsten Symptome seien: Sieg des Lustprinzips über das Realitätsprinzip, schwere Funktionsstörungen der Wahrnehmung und des Denkens und ferner Schwächung der Schranken zwischen Ich und Es (vgl. Eissler 1966, S. 848).

Das Ziel der Behandlung eines schizophrenen Jugendlichen bestünde darin, "den Patienten aus der akuten Phase herauszubringen" (Eissler 1966, S. 849).

Die Ursache der Schizophrenie, die zu einem Rückzug von der Realität führe, sei immer eine Enttäuschung über einen anderen Menschen, deshalb entwickle sich eine Unfähigkeit, ein menschliches Wesen zu lieben oder zu ihm Vertrauen zu haben. "Die Welt, von der der Nichtschizophrene je nach den Umständen Liebe und Zärtlichkeit oder Haß und Unfreundlichkeit erwartet, wird für den Schizophrenen eine, von der er NUR Haß und Unfreundlichkeit erwartet" (a.a.O., S. 849 f.).

Die technische Vorschrift zur Behandlung des akut schizophrenen Jugendlichen müsse diese Erfahrungen des Kranken berücksichtigen. Die oberste Maxime laute deshalb, alles zu vermeiden, was die Erwartungen von Haß und Unfreundlichkeit erfüllen könnte. Die therapeutische Behandlung müsse vom Jugendlichen "als Ausdruck von Liebe und Zärtlichkeit erlebt werden" (a.a.O., S. 850). Um diesen zu erreichen, habe der Therapeut die technischen Vorschriften der klassischen Psychoanalyse entsprechend zu modifizieren. Die wichtigsten Abwandlungen beträfen die Vorschrift der Deutung von Übertragung und Widerstand.

"Die Widerstände dürfen nicht berührt werden, da dies die Einbrüche des Verdrängten in das Ich nur intensivieren und zu weiteren Regressionen Anlaß geben würde. Die positive Übertragung muß aktiv eingeleitet und gefördert werden, und die zentrale therapeutische Aufgabe beruht zunächst nicht in der Eliminierung jener Faktoren, die den normalen Verkehr zwischen den Systemen und Provinzen der erkrankten Persönlichkeit stören, sondern in der Ausschaltung der Komponenten, die die Kommunikation zwischen dem Kranken und der Realität unmöglich machen" (Eissler 1966, S. 851).

Dieser Vorschlag EISSLERS zur Behandlung der Schizophrenie bei Jugendlichen empfiehlt ein Therapeutenverhalten, das einerseits für die psychoanalytische Behandlung von Schizophrenien bei Erwachsenen von verschiedenen Psychoanalytikern empfohlen wird, hier hat sich die spezielle Technik des Barmutterns oder des mütterlichen Betreuens herausgebildet

(vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd.1, S. 91 f.). Andererseits aber wird dies von der Gesprächspsychotherapie bei sämtlichen psychischen Konflikten und Erkrankungen gefordert.

Das wesentliche Charakteristikum des Bemutterns besteht nämlich in einer mütterlichen Haltung und einem emotionalen Engagement des Therapeuten. ROGERS fordert vom Gesprächspsychotherapeuten ebenfalls begrenztes Engagement und eine positive Beziehung zum Klienten.

Erstaunlich ist jedoch die mangelnde Übereinstimmung zwischen Psychoanalytikern und Gesprächspsychotherapeuten bezüglich der differentiellen Anwendbarkeit oder des Geltungsbereiches dieser Therapeutenempfehlung. Die Psychoanalyse möchte diese positive Gegenübertragung lediglich auf die Behandlung von Schizophrenen (Erwachsenen und Jugendlichen) beschränken, ROGERS dagegen hält eine warme und "erotische" Beziehung zum Klienten für heilungswirksam bei allen Arten von psychischen Erkrankungen und Konflikten.

Als vierter Bestandteil der flexiblen Jugendlichenpsychoanalyse bleibt die Technik der Behandlung von Perversionen vorzustellen. Da EISSLER eine etwas ungewöhnliche Theorie über die Genese und Bedeutung der Perversion vertritt, wollen wir hierauf nicht eingehen. Zur Erläuterung sei nur seine "Hypothese" vorgetragen, der Perverse erlebe im Orgasmus sich selbst, seinen menschlichen Organismus als unumstößliche Wahrheit. Hier erfährt die von ihm referierte descartessche Maxime des "cogito, ergo sum" eine psychoanalytische Metamorphose in der Form des "ich erlebe einen Orgasmus, also bin ich".

Er drückt diesen Grundsatz so aus:

"Im Orgasmus ist die Entfremdung zwischen dem Subjektiven und dem Objektiven vorübergehend aufgehoben. Das Selbst ist im Augenblick des Orgasmuserlebnisses gezwungen, die jeweilige Welt, die sich ihm darbietet, als wahr zu akzeptieren, da in dem Augenblick das Maximum an Lust, dessen die psychobiologische Einheit fähig ist, erlebt wird und der alten Gleichung zufolge das Lustvolle das Wirkliche ist"(Eissler 1966, S. 858).

Wahrscheinlich auch wegen der von ihm selbst eingeräumten begrenzten Erfahrungen EISSLERs mit Perversionen (vgl. ders., S. 856) sind seine Ausführungen über die Behandlung dieser psychischen Erkrankung nur wenig ergiebig. Am Beispiel des Masochismus und Fetischismus erläutert er einige mehr theoretische Fragen der psychoanalytischen Theorie der Perversionen, ohne aber hieraus überzeugend eine spezielle Technik für ihre Behandlung herleiten zu können.

Die große Bedeutung der Diskussion von Perversionen bei Jugendlichen ergebe sich aus der Tatsache des Erwerbs der orgasmischen Potenz oder der Genitalorganisation im Zeitraum der Pubertät. "Zum ersten Orgasmus kommt es in der Pubertät, und im Laufe der Adoleszenz, wenn der Orgasmus einen Dauerplatz im Leben des einzelnen erhält, fällt auch die Entscheidung über die Dauerform, in der sein Geschlechtsleben sich abspielen wird" (Eissler 1966, S. 859 f.).

Als spezielle Technik in der perversen Phase des Verlaufes einer seelischen Erkrankung beim Jugendlichen empfiehlt EISSLER erstens die Technik der Deutung von Abwehrhaltungen und zweitens der Induzierung von Angst.

"In den meisten Fällen dieser Art wird die Analyse der Abwehrfunktion solcher Phantasien und Triebimpulse, der zugrunde liegenden verdrängten Kindheitskonflikte und der Kastrationsängste genügen, um diese Phase zu beenden. Sollte aber die Lust, die aus den perversen Phantasien oder Praktiken gewonnen wird, so groß sein, daß eine rein interpretierende Technik nicht ausreicht, dann muß vorübergehend ein Keil zwischen Ich und Es getrieben und ein Konflikt geschaffen werden. Das Ich muß der Gruppe von Phantasien entfremdet werden, die zu integrieren es im Begriffe ist. Angst ist eine wirkungsvolle Waffe, mit der das Ich einen Einfluß auf das Es ausüben kann, und es kann nun notwendig werden, eine Technik einzusetzen, die die Angst des Patienten erhöht" (Eissler 1966, S. 864).

Die einfachste Methode zur Angsterhöhung bei Perversionen bestehe darin, ein Verbot der perversen Praktiken ausszusprechen, was jedoch die Gefahr heraufbeschwöre, daß die Angst unerträglich oder aber das Verbot trotz einer starken Übertragung nicht eingehalten werde (vgl. a.a.O., S. 853).

Stattdessen dürfe die Induzierung von Angst nur dazu führen, daß die Perversion in ein neurotisches Symptom verwandelt werde, welches dann durch die klassische analytische Deutungsmethode zu behandeln sei. Sehr überzeugt scheint EISSLER jedoch von dieser Symptomwandlungswandlung nicht zu sein, da er lediglich die Hoffnung ausspricht, "daß es sich dieses Mal nicht um ein körperliches Symptom handelt, sondern um eine gut abgegrenzte Psychoneurose, und daß deren Behandlung mit der klassischen Technik nicht zu den Komplikationen führt, wie ich soeben beschrieben habe" (a.a.O., S. 864).

Diese Bescheidenheit der Psychoanalyse bei der Behandlung von seelischen Störungen in der Form von Perversionen müßte einen überzeugten FREUDianer eigentlich in Erstaunen versetzen. Die von der psychoanalytischen Theorie und Technik aufgewendete große Aufmerksamkeit für den Sexualtrieb scheint sich auf einem der zentralen Felder der Behandlung von Sexualstörungen, zu denen sicherlich die Perversionen zu zählen sind, nicht so recht auszuzahlen. EISSLER selbst beklagt den Mangel einer ganz bestimmten Technik für die psychoanalytische Behandlung von Perversionen (vgl. a.a.O., S. 851), scheint aber diesen Mangel auch nicht beheben zu können.

Erst durch die sozialstatistischen Erhebungen von KINSEY und seinen Mitarbeitern (1954 und 1955), ferner durch die genauen medizinischen und psychologischen Untersuchungen von MASTERS und JOHNSON (1970 und 1973) wurde eine solide Basis für eine spezielle Behandlung von Sexualstörungen gelegt. Zwischen den philosophischen Ausführungen EISSLERS über den Orgasmus und den Untersuchungen z.B. von MASTERS und JOHNSON scheint eine tiefe Kluft wissenschaftlicher Arbeitsweisen zu liegen. Sieht man sich die neuesten Techniken der Behandlung von Sexualstörungen an (vgl. z.B. Mandel u.a. 1971 und 1975 oder Barbach 1977), dann scheinen diese eher auf den oben genannten empirischen und medizinischen Erhebungen zu beruhen als auf philosophischen "Erkenntnissen". Da jedoch die exakten Ergebnisse von MASTERS und JOHNSON erst 1966 in London veröffentlicht wurden, also acht Jahre nach der amerikanischen Erstveröffentlichung des Aufsatzes von EISSLER, mag dieser Umstand zu entschuldigen sein. (27)

Die flexible Technik EISSLERS zur Jugendlichenpsychoanalyse wurde hier im Zusammenhang mit der orthodoxen Technik der Anna-FREUD-Schule behandelt, weil EISSLER sich in den wichtigen Fragen der Pubertätstheorie, der Neurosenlehre und der differentiellen Technik auf die klassische Psychoanalyse Sigmund FREUDs und auf die Kinderanalyse Anna FREUDs beruft. Wir dürfen aber nicht übersehen, daß EISSLER mit seiner Grundidee der phasenhaften Wandlung der seelischen Krankheit von Jugendlichen einen gänzlich neuen Akzent setzt. Die einzelnen Gruppen der Psychopathologie werden nicht mehr ausschließlich als feste Entitäten oder Zustände aufgefaßt, die ein für allemal die Persönlichkeit des Jugendlichen festlegen, sondern als ein einzelner Abschnitt in der Entwicklung zu einem normalen Erwachsenen. Sofern diese Beschreibung zutrifft und seine Behandlungsmethode erfolgreich bei pubertierenden Jugendlichen eingesetzt werden kann, sind hiermit weitreichende Konsequenzen für das gesamte psychiatrische Gesundheitswesen (der Jugendpsychiatrie) und für die rechtliche Situation dieser Jugendlichen zu ziehen.

Die wichtigste Konsequenz wäre ein neues Verständnis der Psychose bzw. der Schizophrenie. Sie dürfte nicht mehr als eine unheilbare seelische Krankheit angesehen werden, mit den fatalen rechtlichen Folgen für die berufliche Zukunft des Jugendlichen, sondern als durchaus reversibler Abschnitt eines seelischen Erkrankungs- und Gesundungsprozesses.

Welche Möglichkeiten dieses Entwicklungskonzept von seelischen Krankheiten für die Jugendlichenpsychotherapie eröffnet, kann hier nur vermutet werden. Notwendig scheint dann nicht so sehr eine präzise Begriffsbestimmung "der" Schizophrenie, weil die Diagnose von Schule zu Schule oder Klinik zu Klinik, ja sogar zwischen einzelnen Psychiatern einer Klinik erheblich abweicht (vgl. Gurland u.a. 1970 bzw. Gleiss u.a. 1973, S. 36), sondern eine genauere Beschreibung der bedeutsamen Symptome des schizophrenen Formenkreises. Unter welcher diagnostischen Kategorie diese Krankheitsphasen subsumiert werden, ist dann lediglich eine "technische" Frage. Hier das Etikett "Schizo-

phrenie" weiter zu verwenden, wäre mit vielen Mißverständnissen verbunden. Einen ersten Schritt zur Ausschaltung dieser Mißverständnisse ist der französische Psychoanalytiker, Psychiater und Jugendlichenpsychotherapeut MALE (1976, S. 132) gegangen, indem er die "weniger stark ausgeprägten und scheinbar harmlosen Formen" seelischer Erkrankungen, "die auf eine schizophrene Entwicklung hindeuten", nach GREEN mit dem Begriff PRÄSCHIZOPHRENIE IN DER ADOLESCENZ bezeichnet.

Mit dieser Auflösung der starren Diagnostik seelischer Erkrankungen bei Jugendlichen hat EISSLER einen großen Schritt vorwärts getan, der dazu führen könnte, daß die gesamte Nosologie der Jugendpsychiatrie in Bewegung gerät. Der entscheidende Zugriff zur psychischen Erkrankung pubertierender Jugendlicher müßte dann jedoch mit EISSLER nicht über die Diagnostik erfolgen, sondern über die technischen Behandlungsmöglichkeiten des Psychotherapeuten. Als ideale Technik empfiehlt er eine antizipierende Jugendlichenbehandlung, welche den Phasenwechsel der Erkrankungsformen voraussieht, um hierdurch "dramatischen" Ereignissen in der sozialen Umwelt zuvorzukommen (vgl. a.a.O., S. 864).

Welche großen Anforderungen diese flexible Technik der Jugendpsychoanalyse an die diagnostischen und prognostischen Fähigkeiten des Analytikers stellt, können wir nur erahnen. Als grobes Orientierungsraster bietet EISSLER die vier Arten von seelischen Erkrankungen an, nämlich Psychoneurosen, Verwahrlosung (und Delinquenz, Kriminalität), Präschizophrenie - womit wir hier den Begriff von MALE statt der "akuten Phase der Schizophrenie" benutzen - und Perversion. Der Psychotherapeut muß diese verschiedenen Phasen rechtzeitig erkennen und evtl. sogar im Laufe einer Behandlungsstunde die Technik wechseln. Das Schwergewicht der Aufmerksamkeit des Therapeuten wird damit aber von einer evtl. starren Befolgung der technischen Therapievorschriften auf die genaue Beobachtung der Entwicklung der Erkrankungsphasen verschoben. Die Therapeutenrolle besteht dann eher in der Rolle eines informierten Begleiters oder Weggefährten, der den Unwissenden durch ein

unwegsames Gelände zu "lotsen" hat. Weniger bildlich ausgedrückt, muß der Therapeut dem Jugendlichen ganz bestimmte Lernprozesse ermöglichen, die in einer nicht starren Phasenabfolge ablaufen sollten.

In dem Stadium der Psychoneurose verhilft er dem Jugendlichen zu einer sog. normalen Art und Weise der Befriedigung von sexuellen und aggressiven Trieben. Wenn delinquente Verhaltensweisen erwogen werden, stärkt er die moralischen Kräfte des Jugendlichen bzw. sein Über-Ich, damit er aus eigenem Willen bestimmte Verhaltensweisen unterläßt, die "nicht erwünscht" sind. Ein präschizophrenes Verhalten muß durch den Aufbau der Fähigkeit, andere Menschen zu lieben und ihnen zu vertrauen, aufgefangen werden, indem der Therapeut von sich aus aktiv eine Beziehung dieser Art zum Jugendlichen herstellt und seine Abwendung von den Mitmenschen und der Außenwelt beendet. Sofern perverse Befriedigungen der sexuellen und aggressiven Triebe gesucht werden, muß der Analytiker den Pubertätierenden dazu befähigen, andere Arten der Befriedigung seiner Triebe zu erlernen, evtl. für einen begrenzten Zeitraum durch autoerotische Befriedigung, bis eine für ihn befriedigende Partnerwahl bzw. Objektwahl stattgefunden hat, und durch Formen der Befriedigung seiner Aggression, die als normale Aktivitäten sein Erwachsenenleben ausfüllen können.

Diese Konzeption einer flexiblen Technik der Jugendlichenpsychoanalyse steht in mehr oder weniger großer Konkurrenz zu den beiden anderen Schulen der Jugendlichenpsychoanalyse, zur Melanie KLEIN-Schule und SCHULTZ-HENCKE- bzw. Annemarie DÜHRSEN-Schule. Diese beiden Schulen haben ein relativ eigenständiges Theoriengebäude und Behandlungsrepertoire für Jugendliche entwickelt.

Melanie KLEIN charakterisierte in den dreißiger Jahren die Lage auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse als eine Kontroverse zwischen ihrer eigenen Schule und der von Anna FREUD (vgl. Melanie Klein 1973, S. 11 f.). Die Methode der Anna FREUD-Schule vergleicht sie jedoch nicht mit der ihrigen, sondern entwickelt eine eigene. Inwiefern

diese Behandlungsmethode pubertierender Jungen und Mädchen von der Technik der Anna-FREUD-Schule abweicht, soll jetzt untersucht werden.

2.3 Vergleich der Technik der Jugendlichenpsychoanalyse der Melanie-KLEIN-Schule mit der Anna-FREUD-Schule

Die zweite Tochtterschule der Psychoanalyse, die sich ausschließlich mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschäftigt hat, ist die Melanie-KLEIN-Schule. Sie fußt auf den Theorien der Psychoanalytiker S. FREUD, besonders aber auf J. FERENCZI, K. ABRAHAM und E. JONES (vgl. Klein 1932/1973, S. 7-9). Nach STORK (1973, S. 7) wird ihre Schule auch als die ENGLISCHE SCHULE DER KINDERANALYSE bezeichnet. Sie wurde zuerst vornehmlich an der bekannten TAVISTOCK CLINIC in London praktiziert und gelehrt und hat sich überwiegend in einer Frontstellung zu der Anna-FREUD-Schule entwickelt. Ihre bekanntesten Schüler sind BALINT, BOWLBY, ROBERTSON und WINNICOTT (vgl. Biermann 1969, Bd.1, S. 10).

Die wichtigsten Unterschiede dieser psychoanalytischen Tochtterschule zu der Anna-FREUD-Schule ergeben sich aus einer anderen Akzentsetzung innerhalb der Entwicklungspsychologie der frühesten Kindheit, des Säuglingsalters. Mittels der Erfindung der Technik der Spielanalyse hat Melanie KLEIN die Erkenntnisse der Psychoanalyse über die psychosexuelle, moralische und psychische Entwicklung des Menschen im ersten Lebensjahr beträchtlich erweitert. Die Spielanalyse ermöglichte eine Erforschung der Psyche des Kleinkindes, besonders der Entwicklung der ersten Anfänge des Ödipus-Komplexes und des Über-Ichs bereits in den ersten drei Lebensjahren (vgl. Segal 1974, S. 12 und 17).

Auf diese theoretischen Beiträge Melanie KLEINs zur Psychoanalyse des Kindes und Jugendlichen wollen wir hier jedoch nicht genauer eingehen. Diese theoretische Abstinenz läßt sich wiederum mit den gleichen Argumenten begründen wie bei der obigen Abhandlung der Anna-FREUD-Schule. Da die Melanie-

KLEIN-Schule sehr viel Wert auf die verbalen Deutungen des Analytikers legt, wird dem Analysanden hierdurch das technische Regelsystem eines optimalen Therapeutenverhaltens modellhaft vorgelebt. Zwar wird wahrscheinlich erst das ältere Kind, der Jugendliche, in der Lage sein, dieses Regelsystem der Technik des verbalen Therapeutenverhaltens zu erkennen und evtl. auch in Worte zu fassen, trotzdem versucht aber der Analytiker mittels der Therapeutenregeln sein eigenes Verbalverhalten zu steuern, um hierdurch das Erleben und Verhalten des Klienten zieladäquat zu beeinflussen.

Die entscheidende Frage an die (Theorie der) Technik der Melanie-KLEIN-Schule formuliert SEGAL (1974, S. 154) aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen als Lehrerin oder Multiplikatorin der KLEINSchen Schule so:

"Es wird häufig gefragt, wieweit Melanie Kleins Entdeckungen und ihre Begriffe sich auf die psychoanalytische Technik ausgewirkt haben, und inwieweit umgekehrt diese Technik unser Verständnis für das Material eines Patienten beeinflusst."

Gegenüber der orthodoxen Schule Anna FREUDs läßt sich die Besonderheit der KLEINSchen Technik auf zwei Arten darstellen. Die KLEIN-Schülerin SEGAL (1974, S. 155 f., bes. S. 158) betont die strikte Einhaltung der psychoanalytischen Therapeuten- bzw. Deutungsregel besonders bei den Deutungen der Abwehrmechanismen Projektion und Introjektion und bei Übertragungsdeutungen. Wir dagegen sind der Meinung, daß die Besonderheit der KLEINSchen Technik gegenüber der Anna-FREUD-Schule in den zwei folgenden Momenten besteht.

Erstens hat Melanie KLEIN sehr viel stärker die individual-historische oder ontogenetische Besonderheit des Jugendalters hervorgehoben, indem sie eine Ähnlichkeit der psychosexuellen Entwicklung und Psyche des Kleinkindes und Jugendlichen betonte.

Zweitens behauptete sie, daß die Konflikte zwischen den Trieben der Libido und Aggression bei Kindern (und Jugendlichen) sehr viel intensiver seien und daß die kindliche Angst vermehrt durch den Aggressionstrieb ausgelöst werde (vgl. Segal 1974, S. 18).

Melanie KLEIN hat sich schwerpunktmäßig nicht mit der Behandlung Jugendlicher, sondern mit der Altersgruppe der Kleinkinder und Vorschulkinder beschäftigt.

Jedoch stellt Melanie KLEIN in ihrer Abhandlung über "Die Technik der Analyse im Pubertätsalter" fest, sie habe "in der Analyse von Jugendlichen ANALOGIEN mit der des KLEINKINDES" gefunden (Klein 1932/1973, S. 106). Das Material aus Jugendlichenanalysen habe große Ähnlichkeit mit dem des kleinen Kindes.

"Der KNABE IM VORPUBERTÄTS- UND PUBERTÄTSALTER HANTIERT IN DER PHANTASIE MIT PERSONEN UND DINGEN ÄHNLICH WIE DAS KLEINE KIND mit dem SPIELZEUG" (a.a.O., S. 107).

Diese Interpretationen ihrer praktischen Erfahrungen aus psychoanalytischen Behandlungen mit Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersstufen erklärt sie mit den Theoremen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie über psychosexuelle Entwicklung. Obwohl sie sich im Gegensatz zu Anna FREUD nicht explizit auf die FREUDsche Pubertätstheorie beruft, so wie sie in den "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" dargestellt ist, verbleibt Melanie KLEIN doch innerhalb dieser speziellen Entwicklungspsychologie. Sie nimmt lediglich einige Ergänzungen und Akzentverschiebungen vor, indem sie bei der Motivationstheorie nicht nur auf die Sexualität eingeht, sondern auch die Entwicklung der Angst als Motivation stärker berücksichtigt und auf die Unterschiede der Interessen von Kindern und Jugendlichen eingeht.

Erstens stünde der Jugendliche wie das Kleinkind unter einer stärkeren Herrschaft der Triebregungen und des Unbewußten, dem außerdem eine reichere PHANTASIETÄTIGKEIT gegenüberstünde. Zweitens zeige der Jugendliche, verglichen mit dem Kind im Latenzalter, also dem Schulkind, stärkere Angst- und Affektäußerungen. Hierin gleiche er wiederum dem Kleinkind: beide Altersgruppen erlebten sehr viel AKUTERE Formen der ANGST-ENTBINDUNG, die sonst charakteristisch für das Kleinkind seien (vgl. Klein 1932/1973, S. 106). Sowohl das Kleinkind als

auch der Jugendliche versuchten diese Ängste mittels ihres Ich abzuwehren und zu verarbeiten. Da das Ich des Jugendlichen besser entwickelt sei, gelinge ihm diese Angstbewältigung sehr viel besser.

Nach streng orthodoxer Theorie der Psychoanalyse werden als Mechanismen des Jugendlichen zur Angstbewältigung die Entwicklung von Interessen und Aktivitäten wie Sport herangezogen. Sie sollen dazu dienen, "seine Angst zu beherrschen, zu überkompensieren und vor sich und anderen zu maskieren" (Klein 1932/1973, S. 106). Direkt anschließend an diese These der Funktionalisierung der speziellen Interessen von Jugendlichen für die Angstbewältigung geht Melanie KLEIN zu einer weiteren Besonderheit Jugendlicher über.

"Der Jugendliche bewältigt diese Aufgabe (der Maskierung, Überkompensierung und Maskierung von Angst, W.K.) mit Hilfe des Trotzes und der Auflehnung, die für die Pubertätszeit charakteristisch sind. Hierin liegt aber eine große technische Schwierigkeit der Analyse im Pubertätsalter" (Klein 1932/1973, S. 106).

Anhand dieser kurzen "Erklärungen" versucht Melanie KLEIN die komplizierten Wechselwirkungen zwischen jugendspezifischem Protestverhalten, jugendlichen Interessen, Motivationen und der Sexualentwicklung zu erfassen. Hier wird eine Reduktion der Fragen der Jugendpsychologie und der Pädagogik des Jugendalters vorgenommen, die die Sicht für die Komplexität der Konflikt- und Problemlagen Jugendlicher versperrt im Gegensatz zu unserem wenn auch recht bescheidenen Versuch einer Aufarbeitung dieses Problembereichs im ersten Teil dieser Arbeit.

2.3.1 Die Technik der Jugendlichenbehandlung der Melanie-KLEIN-Schule

Nach Melanie KLEIN scheinen sich einige der Jugendlichen, die in psychotherapeutische Behandlung kommen, entwicklungspsychologisch noch in der Latenzphase zu befinden. Die Kinder im Latenzalter zeigten gegenüber den Kleinkindern und Jugendlichen eine Einschränkung der Phantasietätigkeit und der Darstellungsmittel (vgl. Klein 1932/1973, S. 109). Diese typische Phantasieverdrängung des Schulkindes (= Latenzkindes) könne das "freie Assoziieren" zu einem phantasielosen Bericht werden lassen, der kein deutbares Material zu enthalten scheine. In diesem Falle müßten selbst die kleinsten Anzeichen gedeutet werden, indem ein Zusammenhang zwischen Symbolen, Schuldgefühl und Angst hergestellt werde (vgl. Klein 1932/1973, S. 93).

Als Zusammenfassung ihrer eigenen Ausführungen über "Die Technik der Analyse im Latenzalter" empfiehlt Melanie KLEIN (1932/1973, S. 98), den KONTAKT mit den UNBEWUSTEN PHANTASIEN des Latenzkindes herzustellen. Dies habe durch DEUTUNG DES SYMBOLISCHEN INHALTES des Materials im ZUSAMMENHANG mit ANGST und SCHULDGEFÜHLEN zu geschehen. Da aber in dieser Entwicklungsperiode (= Latenzphase) die Phantasien sehr viel stärker verdrängt seien, müsse der ZUGANG ZUM UNBEWUSTEN häufig von anscheinend phantasielosen Darstellungen aus eröffnet werden.

Als spezielle neue Technik gegenüber der Anna-FREUD-Schule verwendet Melanie KLEIN eine besondere Variante der Spielanalyse, nämlich das ROLLENSPIEL, im Gegensatz zum Spiel des Kleinkindes mit Spielzeug und anderen Gegenständen. Das Rollenspiel wurde von ihr ausschließlich als ein Hilfsmittel für das "freie Assoziieren" des Klienten angesehen. Hierdurch hoffte sie, Informationen über die wichtigsten Probleme von Latenzkindern zu bekommen.

Während der Pubertätierende seine Ängste durch Trotz und Auflehnung bewältige, reagiere das Kind in der Latenzphase mit

VERSCHLOSSENHEIT UND MISTRauen. Nach Melanie KLEIN erklärt sich dieses Charakteristikum der Schulkinder "unter anderem aus der Tatsache, daß das Kind in der Latenzphase intensiv mit dem Kampf gegen die Masturbation beschäftigt ist und aus diesem Grunde alles, was an Ausforschen erinnert und an die mühsam niedergehaltene Sexualität rührt, innerlich stark ablehnt" (Klein 1932/1974, S. 81).

Mit ungefähr zwölf Jahren träten Schulkinder aus der Latenzphase in das Pubertätsalter ein. In einigen Fällen verzögere sich der Beginn der Vorpubertät, und der Jugendliche befinde sich, psychologisch gesehen, somit in einer PROTRAHIERTEN oder verzögerten Latenz (vgl. Klein 1932/1973, S. 109). Diese Jugendlichen seien durch die typischen Merkmale der Latenz von ihren normalen pubertierenden Altersgenossen unterschieden, nämlich durch eine starke Einschränkung ihrer Interessen, Phantasietätigkeiten und Darstellungsmittel.

Sowohl der pubertierende als auch der sich in einer protrahierten Latenz befindliche Jugendliche soll nach Melanie KLEIN mit ein- und derselben Behandlungsmethode analysiert werden. Die Aufgabe des Jugendlichen besteht in der "freien Assoziation", der Psychotherapeut hat die Aufgabe der "Verbalisierung von Deutungen".

Die Aufgabe des Analytikers in der Kinder- und Jugendlichenanalyse unterscheidet sich also nach unserer Meinung wahrscheinlich fast gar nicht von der in der Erwachsenenbehandlung. Lediglich durch das Rollenspiel bei Latenzkindern erhält das Klienten- und Therapeutenverhalten einen etwas anderen "Akzent". Die Vorschriften für die Gesprächsführung sind aber bei diesen drei Altersgruppen genau die gleichen, nur die Bedeutungen einiger Therapeutentechniken verändern sich (vgl. Segal 1974, S. 158 f.).

Die Behandlung von Jugendlichen werde besonders durch Trotz und Auflehnung erschwert, wie wir bereits oben erwähnt hatten. Die Therapeutenvorschrift für die Deutung dieses Verhaltens dürfte eindeutig sein: trotziges Verhalten des

Analysanden wird als negative Übertragung gedeutet. Somit erhält die Deutungsvorschrift der Übertragung ein ganz besonderes Gewicht, was nach Aussagen von Hanna SEGAL (1974, S. 159) einen Unterschied zur klassischen Schule Anna FREUDs ausmache.

Worin bestehen aber die substantiellen Unterschiede der Gesamtheit der Therapeutenvorschriften über Verbalisierung von Deutungen bei beiden Schulen? Hanna SEGAL behauptet (1974, S. 158), die unterschiedlichen theoretischen Auffassungen über psychodynamische Vorgänge würden sich auch "auf technische Details und die praktische Handhabung des Materials auswirken". Sehen wir uns aber die Fallbeispiele bei Melanie KLEIN an, dann läßt sich bei den Therapeutenvorschriften über Deutungen so gut wie kein Unterschied feststellen.

Verglichen mit der Anna-FREUD-Schule, betonen die KLEINianer sogar ihre Prinzipientreue und Orthodoxie gegenüber der psychoanalytischen Grundmethode der Erwachsenenbehandlung. Diese strenge Einhaltung der Techniken solle zwar nicht in Rigidität ausarten, der Klient habe sich aber an den äußeren Rahmen der Grundmethode zu halten (vgl. Segal 1974, S. 156 und 157).

An den Fallbeispielen Melanie KLEINs soll diese angeblich nicht vorhandene Rigidität der Vorschriften zur Jugendlichenanalyse belegt werden.

Melanie KLEIN war zwar selbst der Meinung, daß zwischen den drei Techniken der Analyse von Kleinkindern, Kindern in der Latenz und von Jugendlichen ein Unterschied bestehe. Aber als Grundlage für die in allen kindlichen Entwicklungsstufen erforderliche Technik betrachtete sie die sog. "Technik der Frühanalyse", also die Spielanalyse. Auf dieser Technik baue die Analysetechnik des Latenzalters auf.

Als Arbeitsvoraussetzung für zahlreiche Fälle des Pubertätsalters wählte sie wiederum die Technik der Frühanalyse. Als Begründung führt sie hierzu an, daß manche der schwierigen Analysen von Pubertierenden scheitern müßten, "wenn dem Bedürfnis des Jugendlichen zum Agieren und Phantasieren nicht

genügend Rechnung getragen, die Angstentbindung nicht dosiert und nicht eine sehr elastische Technik angewendet wird" (Klein 1932/1973, S. 121).

Dieser Beschreibung der Technik der Jugendlichenpsychotherapie steht nun wiederum ihre Aussage gegenüber, daß die Technik der Pubertätsanalyse der ERWACHSENENANALYSE angenähert sein sollte (vgl. Klein 1973, S. 123).

"Wenn auch der Analytiker in einzelnen Fällen oder durch Teilstrecken der Analyse sich mit anderen Darstellungsmitteln behelfen muß, so hat er sich dennoch in den Analysen des Pubertätsalters im allgemeinen vorwiegend auf die Assoziation durch die Sprache zu stützen, die erst die volle Beziehung zur Realität und zum Interessenkreis des jungen Menschen vermittelt. Aus diesen Gründen setzen die Analysen des Pubertätsalters auch die volle Beherrschung der bei den Erwachsenen angewendeten Technik voraus."

Einige Zeilen weiter sagt Melanie KLEIN dann: "DIE BEIBEHALTUNG der GRUNDLEGENDEN ANALYTISCHEN BEHANDLUNGSPRINZIPIEN bei den nötigen, den KINDLICHEN MECHANISMEN angepaßten MODIFIKATIONEN in den verschiedenen Altersstufen bedingt nach meinen Erfahrungen die VOLLE BEHERRSCHUNG der in den Analysen ERWACHSENER angewendeten TECHNIK sowie auch der TECHNIK DER FRÜHANALYSE" (Klein 1973, S. 123).

Hiermit dürfen wir eine Übereinstimmung der grundlegenden Behandlungsprinzipien bei allen Altersstufen annehmen, auch bei der Jugendlichenanalyse. Anhand von drei Behandlungsbeispielen demonstriert sie die Technik der Jugendlichenanalyse. In einem Falle wurde ein Mädchen behandelt.

Die Behandlung des 14jährigen Ludwig wurde von Melanie KLEIN als typische Pubertätsanalyse herausgestellt (vgl. Klein 1932/1973, S. 107 und 110-112).

Das Material dieser typischen Pubertätsanalyse bestand in "monatelang fortgesetzten Berichten über die Unterschiede der Konstruktionen verschiedener Autos, Motorräder, Fahrräder usw." (a.a.O., S. 107). Man sollte eigentlich annehmen, daß Ludwig die gleichen Interessen entwickelt hatte wie viele seiner Altersgenossen, wenn er sich für technische Probleme und evtl. sogar für den Beruf des Automechanikers interessierte. Melanie KLEIN jedoch verarbeitete diese "freien Assoziationen" Ludwigs streng nach den "GRUNDLEGENDEN

ANALYTISCHEN BEHANDLUNGSPRINZIPIEN" (a.a.O., S. 123). Sie berichtet von vier Episoden aus Ludwigs Erzählungen die entsprechend gedeutet werden.

Die erste Deutung Melanie KLEINS ist eine Verbalisierung von sexuellen Gefühlen aus der Ödipussituation: Ludwig wetteifert mit dem Vater um den Besitz der Mutter und darum, wer eine größere sexuelle Potenz aufweisen kann. Der zweite Vorschlag zur Deutung von "freien Assoziationen" älterer Jugendlicher zielt wiederum auf den Ödipuskomplex. Wenn sich ein jugendlicher Helden oder bedeutsame Männer als Vorbild wählt, dann hat der Analytiker eine Abwehrhaltung zu verbalisieren; Melanie KLEIN nennt den hier zugrundeliegenden Abwehrmechanismus Identifikation, bei Anna FREUD heißt er Libidoflucht: den Eltern werden negative, anderen Objekten dagegen übergroße oder überkompensierende positive Gefühle entgegengebracht (vgl. Klein 1932/1973, S. 108; Anna Freud 1960, S. 14; vgl. auch weiter oben S. 123).

Das dritte und vierte Deutungsbeispiel einer Therapeutenverbalisierung enthält Deutungen sexueller Handlungen mit Spielkameraden, im ersten Falle erzwungene Fellatio des jüngeren Bruders, im zweiten bereits weit in der Kindheit zurückliegende und bisher vergessene bzw. unbewußt gebliebene "sexuelle Akte" (= Fellatio) mit einem Spielkameraden.

Die geäußerten "freien Assoziationen" Ludwigs bestanden jedoch - wie bereits erwähnt - fast ausschließlich in "monatelang fortgesetzten Berichten über die Unterschiede der Konstruktionen verschiedener Autos, Motorräder, Fahrräder usw." (a.a.O., S. 107) oder in Sportberichten wie Fußball- und Tischtennisspielen, ferner Berichten über technische Fragen wie das Entleeren einer Batterie (= Fellatio) und die Reparatur einer Dampfmaschine (a.a.O., S. 110 und S. 112).

Diese Klientenäußerungen benutzte sie dazu, DIE Probleme herauszufiltern, die mit sexuellen Fragen zusammenhingen. Ihre Deutungen waren Widerstandsdeutungen, Deutungen von Abwehrhaltungen, speziell von Identifikationen, und Deutungen von

aggressiven und sadistischen Verhaltensweisen oder Phantasien, die Angst und Schuldgefühle verursachten.

Gegenüber der Behandlungstechnik der Anna-FREUD-Schule wurden unserer Meinung nach keine neuen Techniken angewendet.

Der zweite Fall der Behandlung des 15jährigen gehemmten und neurotischen Bill verblieb in diesem gleichen Rahmen der Bearbeitung vorwiegend sexueller Probleme. Die freien Assoziationen des Jugendlichen über Fahrradfahren wurden als symbolische Darstellungen der Onanie und des Geschlechtsverkehrs gedeutet (vgl. Klein 1932/1973, S. 109).

Auch die Schilderung der Behandlung eines "präschizophrenen" Mädchens von 12 Jahren variiert lediglich die bereits aus der orthodoxen Schule von Anna FREUD bekannten Deutungstechniken. Die Lernhemmungen und das Nichtwissen bei Schularbeiten wurden als Unkenntnis der Vorgänge vom Geschlechtsverkehr der Eltern gedeutet (a.a.O., S. 117); ein mißglückter Schulaufsatz über einen Einkaufsbummel und der Wunsch nach einer besonders schön verzierten Streichholzschachtel mußten als Neid auf den Mutterleib und das Anzünden eines Streichholzes als Koitus der Eltern gedeutet werden (Ebd.).

Zusammenfassend läßt sich die Behauptung wagen, daß Melanie KLEIN nur andere Akzente beim Einsatz der verschiedenen Deutungstechniken der orthodoxen Jugendlichenpsychoanalyse setzt. Ihre Terminologie weicht ein wenig von der Begriffsbildung Anna FREUDs ab, aber die wesentlichen Kategorien der orthodoxen Schule werden, leicht verändert, auch für die Verbalisierungen der Therapeuten benutzt. (28)

Für vergleichende Zwecke kann man somit auf eine Differenzierung zwischen diesen beiden Schulen bezüglich ihrer Techniken der Jugendlichenanalyse verzichten.

2.4 Die analytisch orientierte Jugendlichenpsychotherapie des Franzosen MALE (1964)

Der französische Kinder-, Jugendpsychiater und -psychoanalytiker Pierre MALE (1964/1976) versucht in seinem Buch über "Psychotherapie bei Jugendlichen" eine Verbindung der orthodoxen Anna-FREUD- und der englischen Melanie-KLEIN-Schule zu liefern, daneben integriert er Erkenntnisse der amerikanischen Psychoanalyse und besonders der französischen Psychologie und Psychiatrie von JANET, BREUER und LECOMTE-LORSIGNOL, die sich vor allem mit der Pubertät beschäftigt haben (vgl. Male 1964/1976, S. 13).

MALE selbst formuliert als Gegenstand seines Buches die Psychopathologie des Jugendlichen und verschiedene Formen der Individualpsychotherapie als einer persönlichen Zuwendung in einer Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. Male 1964/1976, S. 11).

2.4.1 Das Behandlungskonzept von MALE

Als spezielle Methoden der Jugendlichenbehandlung empfiehlt er eine mehrdimensionale Kombination der verschiedenen Behandlungsmethoden der Psychiatrie, der psychoanalytischen Psychotherapie und der Pädagogik. Von den speziellen psychiatrischen Techniken der Psychotherapie, wie "Suggestion, direktives Verhalten, Rehabilitation, Trennung des Patienten von seiner Umgebung und soziale Wiedereingliederung" hält er die PSYCHOANALYSE für die wichtigste (a.a.O., S. 12 f.). Sie verschaffe uns einen Zugang zur Welt der Tiefenpsychologie und ein besseres Verständnis des Patienten und ermögliche somit eine wirksame Behandlung.

Sehr viel skeptischer jedoch als die FREUD- und KLEIN-Schule beurteilt MALE die Frage nach der Anwendbarkeit der "klassischen" Erwachsenentechnik. Eine Indikation für die analytische Behandlung sei in der Pubertät und Adoleszenz nicht gegeben. Ja, sie komme sogar nach seiner Meinung kaum in Betracht, weil der Patient sich noch in der Entwicklung befinde und sein "Ich" noch zu labil und unstetig sei (vgl. a.a.O.,

S. 214 und 217). Als Ausnahme läßt er lediglich eine frühe chronische Zwangsneurose und relativ ausgeprägte Charakterneurosen in der Adoleszenz gelten (a.a.O., S. 217).

Nach MALE gibt es nicht nur eine einzige, sondern eine Vielzahl von Psychotherapien, die der jeweiligen Störung entsprechen. Die verschiedenen Gruppen von Krankheiten, Störungen und Entwicklungsrückständen klassifiziert MALE in Pubertätskrise, die sich in eine Adoleszentenkrise fortsetzen kann, Neurosen, Präschizophrenie und Kriminalität. Für diese vier bzw. fünf Gruppen von Störungen behandelt er die entsprechenden Techniken. Seine Gruppierung der psychischen Erkrankungen hält sich an den Rahmen, der bereits von EISSLER (1966) und von der Anna-FREUD-Schule gesteckt worden war.

Während jedoch EISSLER die relativ starre Diagnostik der klassischen psychoanalytischen Neurosenlehre dadurch aufbrach, daß er ein phasenspezifisches und differentielles Behandlungsmodell entwickelte, fällt MALE hinter dieses Niveau der spezifischen Technik der Jugendlichenanalyse zurück, indem er das Denkmodell des ontogenetischen Herangehens an eine psychische Erkrankung oder Störung aufgibt.

Gegenüber den anderen bisher genannten psychoanalytischen Schulen hat MALE jedoch wieder ein Prinzip ins Spiel gebracht, das bisher vergessen zu werden drohte. MALE beabsichtigt, die engen Grenzen der Psychoanalyse als spezieller Psychologie und klinisch-psychologischer und psychiatrischer Behandlungsmethode zu überschreiten, indem er auch Erkenntnisse der Pädagogik und der Sprach- und Denkpsychologie zu integrieren versucht. Wir wollen im folgenden untersuchen, inwieweit dieser Anspruch eingelöst wird.

Ein großer Nachteil der weiter oben behandelten Berichte von Melanie KLEIN ist der geringe Anteil an praktischer Erfahrung in der Behandlung Jugendlicher, wenn man sich die drei Behandlungsbeispiele ansieht. Das Buch von MALE dagegen entstand nach seinen Angaben "aufgrund einer im Laufe von 30 Jahren gewonnenen Erfahrung mit psychotherapeutischen Beziehun-

gen zu Jugendlichen im Henri-Rousselle-Hospital, wo eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche geschaffen wurde, in der sowohl Therapie als auch Unterricht stattfinden" (Male 1964/1976, FbN. S. 20).

Obwohl er keine Informationen über die Klientel dieser Jugendberatungsstelle gibt, dürfen wir doch annehmen, daß in dieser jugendpsychiatrischen Institution eine sehr viel breitere Streuung an Problemen vorlag als in der Praxis von Melanie KLEIN. Somit dürfen wir den Aussagen MALES sehr viel größeres Gewicht beimessen als den Fallberichten und Verallgemeinerungen Melanie KLEINS.

MALE vertritt auf den ersten Blick einen kritischen Standpunkt gegenüber der Anwendbarkeit der Technik der klassischen Psychoanalyse. Mangels einer Alternative sucht er dann jedoch in den wesentlichen Fragen trotzdem Hilfe bei der psychoanalytischen Schule. In der Behandlung von Jugendlichen greift MALE auf FREUDsche Grundprinzipien zurück, der Weg "führt zu den historisch in der Kindheit erlebten Konflikten, die in der Adoleszentenkrise zum Ausdruck kommen" (a.a.O., S. 16). Allein der Mechanismus der Übertragung der Psychoanalyse sei in der Lage, auf die tiefverwurzelten Probleme insoweit korrigierend einzuwirken, daß die Vergangenheit bewältigt und das Gegenwärtige neu strukturiert werde (a.a.O., S. 17).

Gegenüber der klassischen Technik der Erwachsenenanalyse nennt er seine Methode ANALYTISCH ORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE. Sie lasse sich nicht wie die klassische Technik durch die Formulierung von Regeln oder ein festgelegtes Schema charakterisieren.

"Sie wird 'gelebt' in den ständig neuen Situationen, im Kontakt mit den Kranken, von denen jeder ein ganz spezifisches Problem aufgrund einer differenzierten Vergangenheit und der ganzen persönlichen Lebensgeschichte darstellt, die in seiner Störung oder Krankheit gegenwärtig ist. Sie erfordert vor allem persönliche Erfahrung und Intuition" (Male 1964/1976, S.19). Trotzdem wolle er die Behandlungstechniken zu skizzieren versuchen, wenn dies für andere von Nutzen sein könne.

MALE versucht, die Probleme der Jugendlichen mittels der allgemeinen Erkenntnisse der Psychoanalyse anzugehen. Seine

Vorschläge zur Behandlung der speziellen Störungen sollen hier vorgestellt werden.

Anhand zweier Absätze seines Kapitels über "Allgemeine Gesichtspunkte der Psychotherapie bei Jugendlichen" (vgl. Male 1964/1976, S. 58-68, bzw. hier S. 58) läßt sich seine Abhängigkeit von der orthodoxen Psychoanalyse dokumentieren.

"Die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie bei Jugendlichen basiert auf dem Verständnis der hysterischen Entwicklung der infantilen Sexualität und der libidinösen Kräfte. Dieser Energien bedienen wir uns, um die neurotischen und sogar psychotischen Entwicklungen anzugehen und die ungelösten Konflikte, die noch mit ihrem gesamten Gewicht auf der Entwicklung lasten, zu erreichen. Trotzdem lassen wir deshalb nicht die zeitbedingten besonderen Anpassungsschwierigkeiten in der Adoleszentenkrise selbst außer acht, die häufig starke Korrekturen erfordern. Die entwicklungsbedingten Probleme der Identifizierung mit dem Körper und des Akzeptierens des beginnenden Geschlechtslebens werden tatsächlich vom Patienten auf die verschiedenste Art erlebt; häufig ist jedoch eine starke Angstentwicklung damit verbunden. Wir haben die Aufgabe, diese Probleme zu erkennen und sie dem Patienten klarzumachen.

Außerdem werden wir sehen, wie die Triebentwicklung auch die Abstraktion im Denken, die soziale Anpassung und bestimmte Haltungen und Verhaltensweisen mit sich bringt" (Male 1964/1976, S. 58).

Innerhalb dieses Rahmens diskutiert er die einzelnen Techniken der Jugendlichenpsychoanalyse, so wie sie uns auch von der Anna-FREUD-Schule bekannt sind. MALE geht auf die Beziehung des Analytikers zum Klienten ein, indem er die Mechanismen von Übertragung und Gegenübertragung diskutiert. Die Probleme der sexuellen Triebentwicklung werden als bedeutsamster Inhalt der Gespräche zwischen Therapeut und Jugendlichen angesehen, selbst wenn wahrnehmungs-, sprach- und denkpsychologische Fragen angesprochen werden oder Leistungsstörungen, Schwererziehbarkeit und Ängste, Phobien.

Die Wahrnehmung des Jugendlichen, seine Realitätserfassung, erfolgt seiner Meinung nach "auf dem Wege über die Angst vor Objekten oder deren Begehren" (Male 1964/1976, S. 61). Anstatt aber auf das besondere Welterleben eines Jugendlichen und seine Wahrnehmungen der Realität einzugehen, verengt MALE die Wahrnehmung des Jugendlichen auf sexuelle Signale.

Die Welt der Jugendlichen sei mit einem angsterregenden oder faszinierenden Gefühl des Entdeckens und mit einer anderen Wahrnehmung der unmittelbaren sexuellen "Signale" verbunden. (29)

Fragen der Sprach- und Denkpsychologie werden ebenfalls weitgehend "libidinös" aufgefaßt. Durch einen manchmal mühsamen therapeutischen Dialog müsse das magische Schlüsselwort in der Triebstruktur des Patienten gefunden werden.

"Davon hängen die Billigung der sexuellen Regungen und die Entmythisierung der Eltern ebenso ab wie die manchmal plötzliche Auflösung alter Traumata. Wir erkennen und erklären die Bedeutung der alten sexuellen Tabus. Oft gelangt der Patient dann zu einer schließlich akzeptierbaren Realität" (Male 1964/1976, S. 64).

Diese dem magischen Denken des Kindes zugehörige Sprache wird genauso "libidinös" gedeutet wie die begrifflichere und konzentriertere Sprache der Erwachsenen. Bei Jugendlichen werde dieses höhere Niveau eines "objektiven und höherstehenden Denkens)" manchmal durch Automatismen behindert, die zur Abwehr von Triebansprüchen sexueller und aggressiver Art dienen. Sich auf Anna FREUD berufend, hält MALE Intellektualisierung und Askese für die Grundpfeiler der Abwehr der Kastrationsangst, die mit ödipalen Inhalten zusammenhänge, die ihrerseits wiederum vor allem bei der Masturbation erlebt würden (vgl. Male 1964/1976, S. 65). (30)

Aufgrund des starren Denkrahmens der psychoanalytischen Trieblehre muß MALE immer wieder zur Libido und Aggression "zurückfinden", wenn er ein psychologisches Problem bearbeitet. In diesem Falle wurden sprach- und denkpsychologische Fragen "geklärt", in gleicher Weise bearbeitet er die speziellen Störungen Jugendlicher wie Leistungsstörungen oder Ängste.

Die Wurzeln der Weigerung, in der Schule aktiv mitzuarbeiten, findet MALE "selbstverständlich" in der oppositionellen Haltung des Schülers gegenüber seinen Eltern. Sie stelle nur eine Umkehrung seiner Abhängigkeit dar und sei - wie sollte es anders sein - eine nicht verarbeitete Form prägenitaler oder ödipaler Regungen (vgl. Male 1964/1976, S. 67). Ängste

und Phobien hingen "natürlich" mit Kastrations- und mit stark frustrierenden Situationen zusammen (vgl. a.a.O., S. 68).

Von diesen allgemeinen Ausführungen zur Psychotherapie Jugendlicher unterscheiden sich nach unserer Meinung die speziellen Methoden der Behandlung der vier Gruppen von Störungen nur sehr wenig.

Für die Pubertätskrise (und Adoleszentenkrise), die Neurosen von Adoleszenten, für die Präschizophrenie und Kriminalität (einschließlich Verwahrlosung) variiert er lediglich die Zusammenstellung oder "Komposition" der grundlegenden Techniken der klassischen Anna-FREUD-Schule.

Anhand einiger Aspekte der Behandlung dieser vier bzw. fünf Gruppen von Störungen sollen die begrenzten Wirkungsmöglichkeiten der Behandlungsmethode MALEs belegt werden.

2.4.2 Die Pubertätskrise und ihre Behandlung

Nach MALE machen drei Problembereiche die Pubertätskrise aus: erstens als leichte Pubertätskrise das Problem der Identifizierung mit dem eigenen Körper bzw. der Gewinnung einer Identität und ferner das Problem der sexuellen Reifung mit dem Auftreten sexueller Spannungen; zweitens Probleme, die sich aus einer disharmonischen Entwicklung als vorzeitige oder retardierte Pubertät ergeben (bzw. "(Infantilismus, Mikrogenitesemie, leichtes adipöse-genitales Syndrom, transsexuelle Erscheinungsbilder)" (vgl. Male 1964/1976, S. 80 f.). drittens neurotische und psychotische Symptome.

Die Kategorien oder Problemgruppen der Pubertäts- und Adoleszenzkrise meinen wahrscheinlich das gleiche wie die Kategorie 307 des internationalen psychiatrischen Diagnoseschlüssels, des ICD-8.

Unter der Nummer 307 werden "Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen", zusammengefaßt; als dazugehöriger

Begriff wird hier die "ABNORME ERLEBNISREAKTION DER ADO-LESZENZ" genannt (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 70; Hervorhebung von W.K.).

Von MALE werden diese "abnormen Erlebnisreaktionen" nach Maßgabe der Psychoanalyse weiter in die genannten drei Problembereiche differenziert.

Als Behandlungsmethoden für diese drei Problemgruppen schlägt MALE eine Anwendung der Deutungsvorschriften der klassischen Psychoanalyse und evtl. hormonelle oder psychopharmakologische Behandlung, kombiniert mit "quasi pädagogischen Interventionen", vor.

Die Probleme der leichten Pubertätskrise (also Akzeptierung des Körpers und Triebreifung) behandelt er u.a. durch Abwehrdeutungen, Widerstands- und Über-Ich-Widerstandsdeutungen (vgl. a.a.O., S. 86), indem er als Gesprächsinhalt vorsichtig emotionale Regungen anspricht, sexuelle Inhalte bagatelisiert und durch Bestätigung der Normalität Schuldgefühle abbaut.

Wenn diese leichten Pubertätsprobleme aber wirklich lediglich vorwiegend kognitive Probleme sind, die auf fehlerhafte Einstellungen zur eigenen Person und zum eigenen Körper zurückgehen, dann müßten sie auch durch entsprechende Methoden zur Beeinflussung und Veränderung von Einstellungen angebar sein. MALE nennt hier keine speziellen Methoden, wie z.B. das verbale Rollenspiel, die Vermittlung von Informationen (vgl. Yalom 1974, S. 21 ff.) oder spezielle Erziehungsmethoden der seelischen Gesundheits- und Körpererziehung (vgl. z.B. Brandt 1974, S. 244 ff.). Er beschränkt sich vielmehr auf die von der Psychoanalyse sanktionierten Inhalte der Angstabwehr und der Sexualität. Mit keinem Wort erwähnt er die Notwendigkeit einer umfassenden Sexualaufklärung oder Sexualpädagogik. Die Pubertätsprobleme bei einer disharmonischen Entwicklung werden umfassender und auf verschiedenen Ebenen angegangen. Bei diesen Problemen empfiehlt er eine Erweiterung des eindimensionalen psychoanalytischen Vorgehens durch ein mehrdimen-

sionales Handlungsrepertoire, das erstens psychiatrische bzw. somatisch-endokrine Methoden umfassen soll, zweitens psycholegische, worunter er vorwiegend psychoanalytische versteht, und drittens pädagogische Methoden. Um die Abwehrmechanismen zur Reifung zu bringen und ein Selbständigwerden gegenüber der Familie zu ermöglichen, fordert er psychoanalytische Deutungen zum Abbau von Schuldgefühlen.

Eine Einstellungsänderung gegenüber dem eigenen Geschlecht, dem Körper und seinen Trieben möchte er besonders bei "leichten Fällen" "mit Hilfe einer quasi pädagogischen Intervention" erreichen. Worin jedoch das pädagogische Moment dieser Behandlungsaufgabe bestehen könnte, sagt MALE nicht. Er meint vielmehr, durch die intellektuelle Annahme der disharmonischen Sexualität als Erbteil könne sich auch im "emotionalen Bereich" ein Weg bahnen, um zu einer harmonischen Entwicklung zum Erwachsenenalter hin zu finden (vgl. a.a.O., S. 88). Ob jedoch hiermit wesentliche Momente eines pädagogischen Vorgehens getroffen sind, muß ernstlich in Frage gestellt werden. MALE benennt hier Momente der psycholegischen Theorie der Einstellung, die noch keine Auskunft über die Vermittlung neuer Inhalte der Sexualerziehung geben.

Die eigenständigen, psychiatrisch-somatischen Methoden möchte MALE vor allem bei der verzögerten Pubertätsentwicklung, der Pubertas tarda, anwenden, indem durch eine endokrine Behandlung die Reifung der Genaden gefördert wird. Eine alleinige Hormonbehandlung reiche aber nicht aus, sie müsse vielmehr durch eine parallel dazu verlaufende psychotherapeutische Intervention unterstützt werden (vgl. a.a.O., S. 89). Die möglichen Gefahren einer ungeordneten endokrinen und psychoanalytischen Behandlung werden von ihm nicht erörtert.

Sofern in der Pubertätskrise neuretische oder psychotische Symptome auftreten, hält MALE sich wiederum an die klassischen Verbalisierungsvorschriften für Psychotherapeuten. Da seine Klienten sich nicht nach der Klientenregel der Psychoanalyse verhalten, muß er die Äußerungen der Jugendlichen als

ein Gespräch über "banale Dinge des täglichen Lebens" abwerten (vgl. a.a.O., S. 89). Während er angstausslösende Konflikte aus der ödipalen Beziehung erwartet oder Kastrationsängste und "archaische Verhaltensweisen", scheinen Jugendliche mit psychotischen Symptomen eher über ihr alltägliches Leben sprechen zu wollen, weshalb MALE nichts anderes übrigbleibt, als eine besonders vorsichtige und von besonderer Zurückhaltung getragene LANGZEITTHERAPIE vorzuschlagen, in deren langem Zeitraum sich vielleicht doch noch die Möglichkeit psychoanalytischer Deutungen ergibt.

Die auf die Pubertätskrise folgende Adoleszentenkrise hält MALE für einen außerordentlich fruchtbaren Lebensabschnitt. Eine Psychotherapie sei jedoch nur dann indiziert, "wenn im Laufe der Entwicklung tatsächlich wiederholtes Versagen, gefährliche Verhaltensweisen, eine Blockierung der intellektuellen und sexuellen Entwicklung, eine Fehlanpassung oder sogar eine beginnende Psychose auftreten" (Male 1964/1976, S. 91).

Nach seiner Meinung lassen sich diese Symptome wiederum auf die drei Problembereiche reduzieren, die bereits in der Pubertätskrise im Mittelpunkt standen. Die Probleme der Identifizierung mit dem eigenen Körper würden zwar stark überlagert, müßten aber ohne Aufdringlichkeit nach und nach aufgedeckt werden und zu einer Akzeptierung des Selbstbildes hinführen.

Das Therapeutenverhalten bei den Problemen der Adoleszenz beschreibt MALE jedoch wiederum mit den bekannten Techniken. So wird z.B. die Beziehung des Jugendlichen zum Psychotherapeuten als eine Übertragung gedeutet (vgl. a.a.O., S. 97). Leistungsprobleme ließen sich genauso erklären, hierbei handle es sich um ödipale Situationen, die manchmal prägenitale Ursprünge hätten. Neben ödipalen und Übertragungsdeutungen liefert MALE dann aber "auch präzise Ratschläge pädagogischer Art, um der Versagerhaltung entgegenzuwirken", nur bleiben diese sehr allgemein, somit wenig informativ (Male 1964/1976, S. 106).

2.4.3 Die Neurosentherapie bei Adoleszenten

Die Neurosenklassifikation MALEs stimmt überwiegend mit der klassischen Einteilung Sigmund FREUDs überein, somit weicht sie in einigen Punkten von der internationalen Einteilung, dem ICD-8, ab. Hier sollen die verschiedenen Krankheitsbilder und ihre Behandlungsmethoden nicht alle vorgestellt werden, weil deren Mittel sich überwiegend mit den klassischen psychoanalytischen Methoden decken.

Die Phobien, MALE nennt u.a. die Hysterephobie, die Erythrophobie und die Schulphobie, entwickelten sich in der Pubertät von "phobischen Zuständen zur Kastrationsangst, die sich in einer Angst vor der Zerstörung des Körpers als Folge der Masturbation manifestiert und zu hypochondrischen Ängsten vor einer dadurch bedingten Geisteskrankheit" umwandelt (Male 1964/1976, S. 115 f.).

Weiter oben sind wir bereits kurz auf die Folgen der Schuldgefühle von Jugendlichen wegen der Masturbation eingegangen (siehe S. 168). Aufgrund der zwar nur spärlich vorliegenden empirischen Forschungsergebnisse läßt sich diese generelle Behauptung MALEs über die Ursache der Phobien sicher nicht ausreichend widerlegen, aber sie erscheint doch als ziemlich unwahrscheinlich.

Für die Behandlung der Phobien ergeben sich aus der psychoanalytischen Theorie der Verursachung einer Phobie weitreichende Konsequenzen. MALE sieht sich veranlaßt, eine Langzeittherapie vorzuschlagen, die zwei Strategien umfaßt: einerseits will er die Triebreifung fördern, indem er die Sexualität stufenweise mit viel Geduld entmystifiziert, andererseits macht er dem Jugendlichen bewußt, "daß seine Symptome eine Abwehr verkörpern" (a.a.O., S. 116). Im Rahmen der Langzeittherapie verlangt MALE zu Beginn eine relativ rasch durchgeführte Auflösung der neurotischen Mechanismen und eine schnelle Wiederaufnahme des normalen Familienlebens und des Schulbesuches.

Als allgemeine Behandlungsvorschrift läßt sich also eine stärkere Berücksichtigung der Beseitigung der phobischen Symptome und der evtl. damit verbundenen Sekundärsymptomatik feststellen. Daß jedoch durch die vorgeschlagenen beiden Techniken der Triebreifung und Abwehrdeutungen ausreichende Besserungen oder Behandlungserfolge wahrscheinlich nicht zu erreichen sind, läßt sich aus der Notwendigkeit entnehmen, eine länger dauernde Therapie durchzuführen als bei Adoleszenzkrisen.

Seine beiden Techniken bleiben aber sehr unbestimmt. Er macht keine Angaben über die (psycho-)therapeutische Herbeiführung einer Triebreifung - was er Entmystifizierung der Sexualität nennt. Wenn er hiermit eine Ermunterung durch den Therapeuten meint, der phobische Jugendliche möge - wie die große Mehrzahl seiner Altersgenossen - eine normale sexuelle Betätigung als Masturbation oder Heterosexualität aufnehmen, ohne "nutzlose" oder "sinnlose" Schuldgefühle zu entwickeln, dann müßte dies klar ausgesprochen werden.

Die zweite Technik der Deutung phobischer Symptome als Abwehr, die "Nutzlosigkeit" beinhalte und einen "tiefen Sinn" sowie "libidinöse und aggressive Grundelemente" habe, ist ebenfalls wahrscheinlich wenig erfolgversprechend. Ausschließlich durch einen Appell an die Vernunft lassen sich eben Neurosen NICHT behandeln. Ein charakteristisches Merkmal der Neurosen besteht darin, daß Neurotiker "BETRÄCHTLICHE EINSICHT" in ihre psychischen Störungen besitzen können, neben einer ungestörten Realitätswahrnehmung (vgl. Diagnose-schlüssel 1975, S. 47).

In der verhaltenstherapeutischen Behandlungstechnik von Phobien wird die von MALE befürwortete stärkere Berücksichtigung der Bedeutung und des Stellenwertes der (phobischen) Symptome mit großer Ausschließlichkeit aufgegriffen. Bekanntlich betrachten die Verhaltenstherapeuten ein Symptom als die eigentliche Krankheit, und sie konzentrieren ihr Hauptinteresse auf die Beseitigung der Symptomatik. Während die Verhaltenstherapie jedoch nach einer relativ rasch durchge-

geführten Psychotherapie mit der systematischen Desensibilisierung ihre Aufgabe als beendet betrachtet, schlägt MALE eine darüber hinausgehende längerfristige Therapie vor.

Als neue Ziele setzt MALE sich eine Förderung der "Triebreifung" und ein Einsichtigmachen der "Nutzlosigkeit" sowie des "tieferen Sinnes" der Phobie und die Aufdeckung der "libidinösen und aggressiven Grundelemente" dieser Erkrankung. Diese Therapieziele setzen nach verhaltenstherapeutischer Meinung gänzlich neue Aufgaben, die in Zusammenarbeit mit dem ratsuchenden Jugendlichen erarbeitet, begründet und angegangen werden könnten.

Der Zwang oder die Zwangsneurose (vgl. die ICD-8 Nr. 300.3; Diagnoseschlüssel 1975, S. 49) soll als zweite Gruppe neurotischer Erkrankungen Jugendlicher diskutiert werden.

MALE kommt zu dem Ergebnis, daß bei der Untersuchung zwanghafter Störungen, z.B. Ritualen, Manien, Zweifeln, Zwangsgedanken und zwanghaftem Charakter (bzw. "anakastischen Persönlichkeiten" nach dem ICD-8, Nr. 301.4) keine festen Regeln bestanden und sehr schwierige und variable psychotherapeutische Beziehungen notwendig seien.

Er schlägt zwei verschiedene Therapiemöglichkeiten vor, um die dominierenden Symptome abzubauen: erstens eine "längere Psychotherapie" wie bei Adoleszentenkrisen, bei der das Hauptaugenmerk "vor allem auf die oft gestörte Identifizierung mit dem eigenen Körper und auf die genitale Kastrationsangst" gerichtet werden müßte, und zweitens manchmal auch eine Art "pädagogischer Beeinflussung der Triebe" (vgl. a.a.O., S. 121).

In der Langzeit-Psychotherapie von Zwängen Jugendlicher soll nach den Verbalisierungsverschriften von MALE das oft gestörte sexuelle Triebleben zur Sprache gebracht werden. Versucht man seine Deutungsregeln auf eine Kurzformel zu bringen, so hat der Psychoanalytiker die Aufgabe, den Jugendlichen zur angstfreien und von Schuldgefühlen nicht belasteten MASTURBATION zu ermuntern, um die Zwangsneurose zu beseitigen. (31)

Am Beispiel einer speziellen zwangsneurotischen Symptomatik, dem Zwangsdenken, lassen sich die analogisierenden Behandlungsverschlge MALEs aufzeigen. Ohne daß er auf die derzeitige psychologische Theorie des Denkens eingeht, schgt er seine psychoanalytisch orientierte, zweidimensionale Behandlungsmethode vor, nämlich psychoanalytische Deutungen des Zwangsdenkens und eine pädagogische "Neuordnung des Denkens".

Die psychologische Erklärung des Zwangsdenkens stellt für MALE kein besonderes Problem dar. Die klassische FREUDsche Psychologie liefert ihm eine "einsichtige" Erklärung, die selbstverständlich auch durch die Therapeutenverbalisierungen und -deutungen dem Jugendlichen vermittelt werden msten.

"Das Zwangsdenken hängt mit den dynamischen Modifikationen des auf die anale Stufe regredierten Triebes zusammen."

Etwas weiter sagt er dann:

"Das Individuum fühlt sich gleichsam gezwungen, seine Gedanken entweder mitzuteilen oder sie für sich zu behalten, jedenfalls ständig auf eine bestimmte Weise darüber zu verfügen" (Male 1964/1976, S. 124).

Durch eine Analogie wird hier die Funktion des Zwangsdenkens mit der Funktion der Anusmuskulatur gleichgesetzt (nämlich Zurückhalten und Entleeren). Wenn aber "Denken" wie "Defkieren" verstanden werden kann, dann lässt sich auch gestörtes Denken in Form von Zwangsneurosen wie gestörte Fkalprozesse deuten: nicht richtig denken können, ist "gleichsam" wie nicht richtig defkieren können. Ein psychisch Kranker mit Zwangsgedanken leidet also an "mentaler Verstopfung".

Innerhalb des Denkrahmens der psychoanalytischen Denkpsychologie lässt sich dann wahrscheinlich auch das nicht-neurotische Denken, also das normale oder richtige Denken sehr "eindeutend" beschreiben. Aus der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie der Libidoentwicklung oder der Phasentheorie des Sexualtriebes lässt sich wiederum durch Analogieschluß die höchste Stufe eines normalen Denkens ableiten: die Phase der Analität in der Libidoentwicklung muß durch das höhere Niveau der GENITALITÄT abgelöst werden.

Das ineffiziente Denken des Zwangsneurotikers muß also "zu einer Synthese" gelangen.

"Das Schlußfolgern, das 'phallische' Durchdringen, das die unwesentlichen Dinge beiseite schiebt, um zu den wichtigen versudringen, ist eines der Kennzeichen für die intellektuelle Reife" (Male 1964/1976, S. 125).

2.4.4 Symptomatologie der Präschizophrenie und Schizophrenie

MALE unterscheidet zwei verschiedene Formen der Schizophrenie, eine schwere Form des Persönlichkeitszerfalls, die zur fast unheilbaren "Anstaltspsychose" führt, und eine leichtere, scheinbar harmlosere Form, die Präschizophrenie (GREEN). Diese Präschizophrenien "sind oft durch eine mit Gaben von Neuroleptika kombinierte Psychotherapie heilbar" (Male 1964/1976, S. 132).

Ausgehend von einem genetisch orientierten Symptemenkatalog dieser psychischen Erkrankung und der psychoanalytischen Theorie der Verursachung der Schizophrenie, entwickelt MALE seine Behandlungsverschläge.

Die verschiedenen Arten der leichteren Schizophrenien zeigen nach MALE einen typischen Entwicklungsverlauf. Zu Beginn dieser Erkrankungen komme "es zu einem ziemlich diffusen unangenehmen Gefühl des Verfolgtwerdens, einem Gefühl des Bedrängtwerdens von außen, eines immer wieder auftretenden Beeinflußtwerdens", das zu einem gestörten Sozialverhalten dieser Kranken führe und Kontaktschwierigkeiten in Schule und Universität verursache (a.a.O., S. 134).

Später entwickelten sich vielfältige Störungen von "schizophrenem Charakter" nach BLEULER, die von unterschiedlicher Schwere sein könnten. Nach MALE gehören die folgenden Symptome zu diesem leichten Zerfallsprozeß der Persönlichkeit: im intellektuellen Bereich ließen die Leistungen häufig kaum merklich nach, das Konzentrationsvermögen vermindere sich und eine geistige Leere breite sich aus. Parallel dazu trä-

ten schließlich Verhaltensstörungen auf: "Isolationstendenzen, Charakterschwierigkeiten, oft übertriebene Feindseligkeit gegenüber der Familie, Störungen der Aktivität und des Sozialverhaltens, die bis zur Kriminalität reichen können". Als besonderes Charakteristikum müßten jedoch "leichte intrapsychische Ataxien und Dissoziationen" hinzutreten, die Mimik stimme mit dem dazugehörigen psychologischen Gehalt nicht überein, der Charakter sei verschroben, bizarr, und die Handlungen seien oft überraschend für den Therapeuten (vgl. Male 1964/1976, S. 133).

Vergleicht man diesen Symptomkatalog mit dem beschreibenden Glossar der psychiatrischen Krankheiten, dem ICD-8, dann läßt sich das hier beschriebene Krankheitsbild den entsprechenden Kategorien der Schizophrenie (nämlich den Nrn. 295 bis 295.9) nicht eindeutig zuordnen. Nach dem ICD-8 existiert die "Präschizophrenie" nicht. Die Beschreibungen von MALE weisen jedoch einige Ähnlichkeiten mit den Kategorien (Nr. 295.5) "Latente Schizophrenie" und (301.2) "Schizoide Persönlichkeit" auf (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 37 und 55).

Die "latente Schizophrenie" gehört zu den acht Unterarten des schizophrenen Formenkreises. Nach dem ICD-8 war es jedoch "nicht möglich, eine akzeptable Beschreibung dieser Störung zu geben". Diese Untergruppe wird "nicht für den allgemeinen Gebrauch empfohlen". Eine größere Anzahl dazugehöriger Begriffe zeige, "daß hier der beste Platz ist, einige andere schlecht definierte Untergruppen der Schizophrenie zu klassifizieren". (Diagnoseschlüssel 1975, S. 37)

Die dazugehörigen Begriffe sind:

BORDERLINE SCHIZOPHRENIA

Coenästhetische Schizophrenie

LATENT SCHIZOPHRENIC REACTION

PREPSYCHOTIC SCHIZOPHRENIA

PRODROMAL SCHIZOPHRENIA

Pseudoneurotische Schizophrenie

PSEUDOPSYCHOPATHIC SCHIZOPHRENIA

UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA (CHRONIC).

Der Begriff "Präschizophrenie" von MALE scheint einmal mit dem dazugehörigen Begriff "borderline schizophrenia" und zum anderen mit der englischsprachigen Kategorie "prepsychotic schizophrenia" übereinzustimmen.

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Pubertierenden spricht MALE (1964/1976, S. 82) vom "Auftreten von echten neurotischen oder psychotischen Symptomen anlässlich der Pubertätskrise". Die Psychosen oder "BORDERLINE-Fälle" (a.a.O., S. 90) manifestierten sich bereits in der Pubertät "durch leichte Anzeichen einer intellektuellen Destrukturierung".

Bereits vor der Pubertät könnten sich aber auch schon bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren Anzeichen für eine mögliche schizophrene Erkrankung zeigen, die jedoch nicht immer auf eine Präschizophrenie hinauslaufen müssten. Diese Symptome im Kindesalter seien bizarre, seltsame Verhaltensweisen, die häufig zu einer Fehldiagnose als debil oder instabil führten; ferner "bizarres Kontaktverhalten, Isolation und das Unvermögen, am Spiel der anderen Kinder teilzuhaben", schließlich ergebe sich ein niedrigerer Intelligenzquotient, der jedoch nicht bis zur Debität zurückgefallen sei (a.a.O., S. 137). Als wesentliche Störung dieser Kinder nennt MALE (1964/1976, S. 137) eine Störung des Realitätsbezugs, und die Organisation des 'Ich' sei ebenfalls gestört.

Nach den internationalen Kategorien psychiatrischer Erkrankungen lassen sich einige der Symptome der schizophrenen Kinder, "die nicht spielen, nicht 'mitmachen' und einen frühen 'Autismus' zu erkennen geben" (Male 1964/1976, S. 138), unter die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen) einordnen, nämlich unter die Nr. 301.2 "Schizoide Persönlichkeit".

"Eine Persönlichkeitsstörung mit Neigung, sich von emotionellen, sozialen und anderen Kontakten zurückzuziehen und mit autistischer Vorliebe für Phantasie und introspektiver Zurückhaltung. Im Verhalten kann der Patient exzentrisch wirken oder dazu neigen, Konkurrenzsituationen zu vermeiden. Auffällige Kühle und Zurückhaltung kann die Unfähigkeit verdecken, Gefühle auszudrücken" (Diagnoseschlüssel 1975, S. 55).

Dieses Krankheitsbild der "schizoiden Persönlichkeit" muß von der "latenten Schizophrenie" streng unterschieden werden, beide Krankheiten schließen sich nach dem ICD-8 aus (vgl. a.a.O., S. 37 und 55). MALE jedoch verwendet die Kategorien der Psychosen und Persönlichkeitsstörungen nebeneinander. Die nicht für den Gebrauch empfohlene Untergruppe der Schizophrenie, die "latente Schizophrenie" (Nr. 295.5), wird so definiert:

"Ein Zustandsbild mit exzentrischem oder inkonsequentem Verhalten und Affektanomalien, die den Eindruck einer Schizophrenie erwecken, obwohl der Patient niemals irgendwelche bestimmten und charakteristischen schizophrenen Symptome gezeigt hat" (Diagnoseschlüssel 1975, S. 37).

Diese charakteristischen schizophrenen Symptome sind durch das Glossar des ICD-8 relativ eindeutig festgelegt. Dert heißt es nämlich, daß die Diagnose Schizophrenie nur gestellt werden sollte, "wenn charakteristische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Stimmung, des Verhaltens oder der Persönlichkeit vorhanden sind oder während des Krankheitsverlaufes vorhanden waren; wenigstens in zwei der genannten Gebiete sollten Störungen vorliegen" (a.a.O., S. 34). (32)

Wir wollen hier den Vergleich in symptomatologischen Fragen der Definition einer Schizophrenie bei MALE und dem ICD-8 abbrechen, da sich genaue Aussagen nicht formulieren lassen. Durch die Neuschöpfung der Kategorie der PRÄSCHIZOPHRENIE bzw. die Übernahme dieses Begriffes von GREEN (vgl. Male 1964/1976, S. 132) wurde ein Psychosebegriff in die Jugendpsychotherapie und -beratung eingeführt, der innerhalb des international empfohlenen Begriffssystems der psychiatrischen Krankheiten nicht zum allgemeinen Gebrauch empfohlen wurde.

Wenn aber bereits über das Vorhandensein dieser psychotischen Erkrankung bei Jugendlichen keine Einigung erzielt werden kann, dann sollte diese "Diagnose" nur mit der gebotenen Vorsicht gestellt werden.

Die Widersprüche im psychiatrischen Begriffssystem der Psy-

chosen sind jedoch keineswegs "nur" terminologische Fragen, die durch einfache Mehrheitsentscheidungen eines internationalen Expertengremiums oder durch eine einfache Entscheidung für einen bestimmten, evtl. national hoch angesehenen Theoretiker und sein psychiatrisches Krankheitssystem aus der Welt geschaffen werden könnten. Das Begriffssystem der psychiatrischen Krankheiten wird häufig als entscheidendes Fundament den medizinischen und psychologischen Behandlungen zugrundegelegt. Jeder Behandlung sollte nämlich eine (psychiatrische) Diagnose vorausgehen. Solange aber über die Beschreibung und Klassifikation von psychiatrischen Krankheiten, speziell von Psychosen oder der Schizophrenie bei Jugendlichen, keine eindeutigen Aussagen möglich sind, solange sind die entsprechend begründeten Behandlungsverschlüsse keineswegs spezifische Methoden für spezielle Krankheiten. Wegen dieser Unsicherheiten bei der Erstellung einer Diagnose müssen auch die juristischen und sozialen Konsequenzen, die mit der Diagnostizierung einer Schizophrenie verbunden sind, neu überdacht werden. Obwohl wir auf diese Konsequenzen hier nicht eingehen wollen, müssen wir uns doch z.B. die weitreichenden Konsequenzen des Zivil- und Strafrechts bei Vorliegen einer Schizophrenie vor Augen führen (vgl. z.B. zur Geschäftsunfähigkeit und Entmündigung: Bauer M. u.a. 1973, S. 264).

Sollen z.B. mit der Diagnostizierung einer "Schizophrenie" nach MALE oder einer "latenten Schizophrenie" nach dem ICD-8 auch die zivilrechtlichen Konsequenzen einer Entmündigung eines Jugendlichen möglich sein? Da eine eindeutige Diagnose dieser angeblichen psychotischen Erkrankung nicht möglich scheint, sollten wir bereits die Benutzung dieses Krankheitsbegriffes bei Jugendlichen unterlassen.

Eine lediglich entlehnte oder analoge Begriffsbildung für psychische Erkrankungen Jugendlicher, die der "latenten Schizophrenie" bei Erwachsenen ähnelt, ließe sich evtl. dann rechtfertigen, wenn sich herausstellen sollte, daß die spezielle Behandlungsmethode dieser Erkrankung ähnlich ausfallen könnte wie eine Schizophrenie-Behandlung bei Erwachsenen.

2.4.5 Die Behandlung der Präschizophrenie bei Jugendlichen

Ausgehend von der psychoanalytischen Theorie der Verursachung dieser Psychose bei Jugendlichen, lassen sich die Vorschläge MALEs in einigen wenigen Vorschriften zusammenfassen.

Die Verursachungsthese der frühkindlichen und familiären Bedingtheit veranlaßt MALE dazu, relativ allgemeine Vorschriften über die Art der therapeutischen Beziehung und der möglichen Gefühle (Gegenübertragung) gegenüber dem ratsuchenden Jugendlichen zu formulieren.

Ein präschizophrener Jugendlicher habe aufgrund einer fehlgegangenen frühen Entwicklung nur eine ambivalente Haltung gegenüber den Personen seiner Umgebung ausbilden können,

"ein Schwanken zwischen einer Tendenz zu einer sehr engen Beziehung mit fast pathologischer Anklammerung an diese ersten Objekte, und, im Gegensatz dazu, einer Zersplitterung, einem Fehlen von festen Bindungen, einer völlig unausgeglichene Beziehung" (Male 1964/1976, S. 139 f.).

Sehr problematisch sei deshalb die Anfangsphase der Behandlung. In dieser Zeitspanne müsse der Therapeut jegliche Gegenübertragung vermeiden, er dürfe keinerlei negative Gefühle innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung zeigen, wie Furcht, Aggressivität oder Gleichgültigkeit. Vielmehr müsse der Psychotherapeut für den Patienten ständig in gleicher Weise verfügbar sein, ständig ein aktives Verständnis zeigen und gleichzeitig beweisen, daß er sich von den aggressiven Haltungen des Patienten nicht beeindrucken lasse (vgl. a.a.O., S. 139).

In der schwierigen Phase der ersten therapeutischen Kontakte müsse der Analytiker eine sehr intensive Beziehung zum Jugendlichen aufbauen, die mehr bedeute als Übertragung, weil der Therapeut manchmal nach einer gewissen Zeit "das einzige reale Objekt im Leben des Patienten" sei.

Durch den verbalen Dialog möchte MALE diese Beziehung aufbauen und aufrechterhalten. Statt hier aber den Jugendlichen entsprechend seiner eigenen Vorschrift der Vermeidung von Gegenübertragung oder einer negativen gefühlsmäßigen Bezie-

hung als Partner zu akzeptieren, der zur Realität zurückgeführt werden soll, will MALE mit dem Jugendlichen einen Dialog führen, der nur auf bestimmte Inhalte beschränkt bleibt. MALE beklagt sich nämlich darüber, daß die verbale Begegnung mit dem Jugendlichen leider oft ein harmloses Geplauder sei, das für Außenstehende banal erscheinen möge; durch eine banale Unterhaltung mit manchmal banalen Themen müsse die Beziehung zum kranken Jugendlichen kontrolliert werden, um ihn zur Realität zurückzuführen (vgl. a.a.O., S. 141, 142 und 143).

Obwohl MALE selbst feststellt, daß für den Jugendlichen das harmlose, banale Geplauder anders erscheine, wertet er die vom Jugendlichen eingebrachten Beiträge ab. Der Gütemaßstab eines wertvollen oder heilenden Dialoges scheint für MALE mit dem psychoanalytischen Inhaltskatalog von Libido, Aggression und Ödipalität gegeben zu sein. Wenn aber der Jugendliche über seine Schwärmereien und Neigungen sprechen möchte oder über seine Ideologien und Ideen, dann verurteilt MALE diese Inhalte als "banal".

Der Therapeut sollte nach seiner Meinung zwar diese Interessen und Gesprächsgegenstände des Jugendlichen aufgreifen, sie aber nur als Mittel zum Zweck benutzen, um den Dialog erstens auf aktuelle familiäre, soziale und schulische Konflikte und zweitens auf aktuelle Triebprobleme zu lenken. Diese Gesprächsinhalte zielt MALE in der zweiten Phase der Behandlung präschizophrener Jugendlicher an, wenn bereits erste Erfolge erreicht sind.

Die Erfolge der ersten Phase der beginnenden Behandlung werden als Bedingungen für einen Eintritt in die zweite Behandlungsphase genannt. Die Übertragung müsse kontinuierlich eingesetzt haben, eine geeignete Distanz zum Therapeuten müsse aufgebaut und der Kontakt zur Realität wiederhergestellt sein.

Die familiären Konflikte sollen durch deutende Therapeutenäußerungen aufgelöst werden. Nach psychoanalytischer Auffassung könnten die mit übermäßiger Intensität erlebten Konflik-

te nur ödipal und triebtheoretisch gedeutet werden: gegenüber dem Vater bestehe eine heftige Feindseligkeit, der Mutter würden von schizophrenen Jugendlichen quasi bewußte inzestuöse Tendenzen entgegengebracht, ferner bestünden Gewalttätigkeiten, sadistische und masochistische Tendenzen und schließlich eine Unterwerfung unter konfuse Ideologien (vgl. a.a.O., S. 144).

Der zweite Themenkomplex der aktuellen Triebprobleme dürfe ebenfalls erst in dieser zweiten Behandlungsphase mit viel Behutsamkeit angesprochen werden. Die eigentliche Ursache der Präschizophrenie werde hiermit angegangen:

"Die grundlegende Störung bei diesen Präschizophrenien ist wohl die Triebverleugnung, d.h. die Tatsache, daß diese Patienten alle sexuellen Probleme von sich weisen, sie von der Persönlichkeit loslösen und sie nicht ertragen können" (Male 1964/1976, S. 145).

Die Therapeutenvorschrift der Verbalisierung verlange hier wiederum eine ödipale Deutung: die Triebregungen des Jugendlichen seien noch zu sehr mit den Beziehungen zu den Eltern verflochten und zu regressiv, um wirklich direkt erkennbar und akzeptierbar zu sein. Ferner habe der Analytiker Deutungen von Über-Ich-Widerstand zu liefern, um die Schuldgefühle bei der Beurteilung der Triebphänomene aufzulösen.

Die Problematik der mangelhaften Identifizierung mit dem eigenen Körper durch den Präschizophrenen müsse als Abwehr gedeutet werden. Hierdurch soll der Analytiker wohl in die Lage versetzt werden, dem Jugendlichen seinen Körper wiederzugeben. Durch verschiedene Abwehrdeutungen scheint somit der jugendliche Präschizophrene seinen durch die Psychose verlorenen Körper wiederzufinden. MALE beschreibt das Ziel seiner Bemühungen so:

Das alte "Problem der Identifizierung mit dem eigenen Körper (...) gehört zu den letzten Anzeichen der Abwehr bei der Präschizophrenie. Wir müssen ihm seinen Körper wiedergeben, ihm ermöglichen, gegen diese partiellen Depersonalisationen anzukämpfen, die sein Gesicht oder seinen Körper betreffen. Angesichts dieser narzißtischen Verwirrungen, dieser Disharmonie im Verhältnis zu sich selbst, die das Geheimnis der Beziehun-

gen zur Außenwelt enthält, begreift er allmählich, daß man, um sich an andere anzupassen oder zu lieben, sich zuerst an sich selbst anpassen und sich selbst lieben oder wenigstens akzeptieren muß" (Male 1964/1976, S. 147).

Neben diesen Behandlungsverschlügen für die verbalen Deutungen skizziert MALE (1964/1976, S. 149) ein mehrdimensionales Therapiemodell, wobei er sich leider nur auf einige Bemerkungen zu den psychologischen, medizinischen, ergotherapeutischen und pädagogischen Behandlungsmethoden beschränkt.

Die Möglichkeiten eines Ergotherapiezentrum: zur musischen, künstlerischen und handwerklichen Betätigung sollten genutzt werden, um "die tote Zeit aktiv auszufüllen".

Für sehr problematisch hält er eine regelmäßige PÄDAGOGISCHE Betreuung eines präschizophrenen Jugendlichen, der in seiner normalen Umgebung weiterlebt. In einem besonderen Kapitel über die "Pädagogische(n) Gesichtspunkte in der Psychotherapie bei Jugendlichen" (vgl. a.a.O., S. 178-196) wird zwar behauptet, gegen die Destrukturierung der Psyche könnten eine ganze Reihe von pädagogischen Maßnahmen eingesetzt werden, sieht man sich jedoch die konkreten Vorschläge an, dann bleiben nur wenige pädagogische Allgemeinplätze übrig.

Neben der Arbeitstherapie mit handwerklichen oder schöpferischen Tätigkeiten wird lediglich ein sog. "geistiges Training in den Bereichen" vorgeschlagen, "die noch nicht vollständig von der psychotischen Destrukturierung betroffen sind". Als Ziel solle man sich keine großartigen schulischen oder Prüfungsleistungen setzen, sondern "eine Wiederaufnahme des psychischen Rhythmus, der im Desinteresse erstarrt und blockiert gewesen war und keinen ausreichenden Kontakt zur Außenwelt gehabt hatte" (Male 1964/1976, S. 187). Wie jedoch eine pädagogische Schulung des "psychischen Rhythmus" zu erfolgen hat, das erstarrte und blockierte Desinteresse wiederhergestellt und durch neue Betätigungen, die das Interesse des Jugendlichen finden, abgelöst werden kann, bleibt im Dunkeln.

Sehr viel ausführlicher läßt MALE sich über die Behandlung von Präschizophrenen durch Neuroleptika aus. Hiervon verspricht er sich Erfolge, die unserer Meinung nach nur durch psychologische und pädagogische Bemühungen erreicht werden können.

Im Gegensatz zu den neueren (deutschen) Lehrbüchern der Psychiatrie von BAUER u.a. (1976) und HUBER (1974) vertritt MALE einen überschwenglichen Optimismus gegenüber den positiven Wirkungsmöglichkeiten von Psychopharmaka. Er behauptet sogar, den Neuroleptika kämen "individuelle Indikationsmöglichkeiten" zu, und von den zukünftigen Entdeckungen der Biochemie erwartet er, "daß noch spezifischer wirksame Substanzen gefunden werden können, die eine selektive Beeinflussung des Nervensystems und bedeutende Verbesserungen bewirken" (Male 1964/1976, S. 211, 206).

Allzu groß scheinen seine Hoffnungen gegenüber der Biochemie aber vielleicht doch nicht zu sein, denn direkt anschließend greift er wiederum zum zusätzlichen "Rettungsring" der psychotherapeutischen Betreuung. Er glaubt nämlich auch, "daß die Persönlichkeit, die durch die Psychose zerstört wurde, (...) bei ihrer Neuorganisation in jedem Falle durch die psychotherapeutische Betreuung wiederbelebt, unterstützt und geleitet werden muß" (a.a.O., S. 211).

Die seiner Meinung nach spezifische Wirkungsweise der Neuroleptika bei präschizophrenen Jugendlichen sieht MALE bereits durch "schwache Dosen" erreicht. Er erwartet von diesen Drogen eine Entlastung von den Empfindungen, die "aus den unkontrollierten Triebregungen" stammen. Ferner sollen die Neuroleptika den Kortex des Jugendlichen frei machen, sein "Ich" in seiner größtmöglichen Harmonie neustrukturieren, indem man dem jugendlichen Patienten die Möglichkeit gebe, "seine Person wiederzufinden" (Male 1964/1976, S. 205 f.).

Die konkreten Symptome des präschizophrenen Jugendlichen beschreibt MALE mit Kontaktschwierigkeiten, Depersonalisation, Ablehnung der Realität, Nachlassen der intellektuellen Leistung und vielem mehr. Was soll aber ein Neuroleptikum bei diesen Problemen ausrichten können? Lassen sich überhaupt so spezifisch wirksame Drogen entwickeln? Größere intellektuelle Leistungen werden aller Wahrscheinlichkeit nach eher durch ein gut ausgebautes Bildungs- und Erziehungssystem zu erreichen sein. Ob schließlich eine Drogenapplikation mit Neuroleptika einem präschizophrenen Jugendlichen dabei behilflich sein

kann, "seine Person wiederzufinden", muß auch angezweifelt werden. Wo sollte dieser Jugendliche auch "seine Person" suchen?

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß MALE die verschiedensten klinischen Erfahrungen aus der Psychiatrie und teilweise auch der klinischen Psychologie aus der Sichtweise der Psychoanalyse FREUDs neu zusammengestellt hat. Da er auch das Krankheitsbild der Präschizophrenie von GREEN in die Nosologie der Jugendlichenpsychotherapie aufgenommen hat, wird die Aussonderung psychotischer Krankheiten und ihrer Nicht-Behandbarkeit durch Psychotherapie für präschizophrene Erkrankungen Jugendlicher aufgegeben. Im Gegensatz jedoch zum Phasenmodell von EISSLER (1966) betrachtet MALE Erkrankungen Jugendlicher, die dem Krankheitsbild der Schizophrenie bei Erwachsenen entsprechen, nicht als eine Etappe eines Verlaufes einer Erkrankung zum Zustand der Normalität. Wichtig erscheint uns auch, daß MALE den Anspruch einer Integration der Erkenntnisse von Pädagogik und Sprach-, Denkpsychologie in seine Behandlungsmethode formuliert hat. Unsere Ausführungen zeigen jedoch, daß grundlegende Kategorien der Erziehungswissenschaften nicht zur Anwendung kommen. Auch aus der Sozialpädagogik bleiben wichtige Problem- und Konfliktlagen Jugendlicher als Inhalte pädagogischer und psychotherapeutischer Bemühungen unberücksichtigt, ebenfalls der Zielaspekt sozialpädagogischer Tätigkeit.

2.5 Vergleich der Technik der Jugendlichenbehandlung von Annemarie DÜHRSEN aus der SCHULTZ-HENCKE-Schule mit der orthodoxen Anna-FREUD-Schule

Aus der Schule des Neo-Psychoanalytikers SCHULTZ-HENCKE hat sich vor allem Annemarie DÜHRSEN (1954, 1960, 1972) mit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -beratung beschäftigt. Ihre Empfehlungen und Vorschriften für die psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen sollen nun vorgestellt

und mit den anderen psychoanalytischen Konzepten verglichen werden. Da wir uns auch hier wieder auf den Mittelaspekt beschränken, müssen viele Unterschiede dieser psychoanalytischen Schulen unberücksichtigt bleiben. Doch vorher werden wir kurz auf die Entwicklungsgeschichte dieser Konzeption eingehen.

Die bisher vorgestellten Schulen orientieren sich überwiegend an der klassischen Psychoanalyse Sigmund FREUDs, indem sie seine Standardmethode der Erwachsenenbehandlung für die speziellen Probleme und Besonderheiten der Jugendlichenpsychotherapie modifizierten.

Die Anna-FREUD- und Melanie-KLEIN-Schule sowie die Konzepte von EISSLER und MALE sind alle außerhalb Deutschlands entstanden und gehen in ihren grundlegenden inhaltlichen Aussagen auf die erste Generation von Psychoanalytikern zurück. Sie gehören zur Gruppe der klassischen psychoanalytischen Tochter-schulen, da sie die ersten Abspaltungen von A. ADLER und C.G. JUNG nicht mitvollzogen haben.

Eine Besonderheit dieser klassischen Schulen der zweiten Generation von Anna FREUD, Melanie KLEIN, EISSLER und MALE besteht in ihrer geografischen oder nationalen Herkunft. Die Begründer dieser Schulen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stimmen in wichtigen Grundfragen mit der orthodoxen Schule Anna FREUDs überein, die ursprünglich mit ihrem Vater im deutschsprachigen Raum gelebt und gearbeitet hatte, dann aber in England eine neue Wahlheimat fand.

Während Melanie KLEIN in Wien geboren wurde und - nach einem fünfjährigen Aufenthalt von 1921 bis 1926 in Berlin - bereits 1926 nach London übersiedelte, suchte sich die Familie FREUD erst 1938 eine neue Heimat. Sie floh vor den deutschen Faschisten nach England (vgl. Biermann 1969, S.5 f. u. 8).

Unter der Herrschaft des Faschismus in Deutschland von 1933 bis 1945 wurde die klassische Psychoanalyse des Juden FREUD verboten und eine "deutsche Seelenheilkunde" ins Leben gerufen. Der Biograph Sigmund FREUDs, E. JONES, charakterisiert den Beginn der Unterdrückung der Psychoanalyse so:

"Den Auftakt zu den kommenden Ereignissen bildete das Freudenfeuer mit der Bücherverbrennung - darunter Freuds und andere psychoanalytische Schriften -, das kurz nach Hitlers Machtantritt, Ende Mai 1933, in Berlin inszeniert wurde" (Jones 1962, zit. n. Thomä 1963/1964, S. 63).

Legitimiert durch einen Ausspruch C.G. JUNGs aus dem Jahre 1933, begann die "Germanisierung" der Psychotherapie. Als neuer Vorsitzender des Verbandes ärztlicher Psychotherapeuten sprach er, der Begründer der "analytischen Psychologie", von den "längst bekannten Verschiedenheiten der germanischen und der jüdischen Psychologie" (Jung 1933, zit. n. Thomä 1963/1964, S. 63). Der "Reichsführer" M.H. GÖHRING beschrieb die Aufgabe einer neu gegründeten Gesellschaft ärztlicher Psychotherapeuten mit folgenden Worten:

"Diese Gesellschaft hat die Aufgabe, im Sinne der nationalsozialistischen deutschen Regierung alle deutschen Ärzte zusammenzufassen, die durchdrungen sind von dem Gedanken, daß der Arzt bei jeder Behandlung das Ganze der Persönlichkeit des Kranken im Auge haben muß, daß er die Seele des Menschen nicht unbeachtet lassen darf; vor allem aber diejenigen Ärzte, die willig sind, im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung eine seelenärztliche Heilkunst auszubilden und auszuüben. Die Gesellschaft setzt von allen ihren schriftstellerisch und rednerisch tätigen Mitgliedern voraus, daß sie Adolf Hitlers grundlegendes Buch 'Mein Kampf' mit allem wissenschaftlichen Ernst durchgearbeitet haben und als Grundlage anerkennen. Sie will mitarbeiten an dem Werke des Volkskanzlers, das deutsche Volk zu einer heroischen, opferwilligen Gesinnung zu erziehen" (Göhring 1933; zit. n. Thomä 1963/1964, S. 63 f.).

Unter diesen politischen Bedingungen mußten die Ärzte und Psychotherapeuten während der zwölf Jahre des "1000jährigen Reiches" arbeiten. Die "orthodoxen" Psychoanalytiker erhielten Rede- und Publikationsverbot und mußten unter der Zensur des Reichsführers M. GÖHRING oder seiner Ehefrau im damaligen Berliner Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie ihre Vorlesungen und wissenschaftlichen Sitzungen abhalten: die FREUDschen termini technici - besonders der Begriff Ödipuskomplex - und der Name FREUDs sollten nicht benutzt werden (vgl. Thomä 1963/1964, S. 66).

Von der politischen und wissenschaftlichen Zensur weitgehend unbehindert konnte jedoch SCHULTZ-HENCKE arbeiten. Inwieweit

seine Konzeption der Psychotherapie aus freien Stücken eine "deutsche Seelenheilkunde" sein sollte und HITLERs "Mein Kampf" als Grundlage anerkannte, ist heute nicht mehr auszumachen. Fest steht lediglich, daß er "ungehindert" wissenschaftlich arbeiten durfte und auch angehende Psychoanalytiker ausbilden konnte, zu denen auch Annemarie DÜHRSSSEN gehörte.

Nach Ansicht von THOMÄ (1963/1964, S. 62) war das gesamte spätere Werk SCHULTZ-HENCKES bereits in den Jahren 1933 bis 1934 konzipiert worden. Er durfte jedoch im Faschismus lediglich sein Hauptwerk "Der gehemmte Mensch" (1940) veröffentlichen; die Entwürfe für seine nach dem Zweiten Weltkrieg erschienenen beiden Bücher, nämlich das "Lehrbuch der Traumanalyse" (1949) und "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie" (1951), wurden von der faschistischen Zensur nicht zur Veröffentlichung freigegeben (vgl. Thomä 1963/1964, S. 61 f.).

Die SCHULTZ-HENCKE-Schülerin Annemarie DÜHRSSSEN entwarf in ihrem ersten Buch über "Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen" (1954) eine allgemeine und spezielle Neurosenlehre für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Sie hat die Konzeption ihres Lehrers SCHULTZ-HENCKE zu einer relativ geschlossenen, aber vielleicht auch starren Neurosenlehre ausgearbeitet.

Vergleicht man die Klassifikation ihrer Neurosenlehre (Dührssen 1954, bes. S. 115 - 303) mit dem internationalen Glossar, dem ICD-8, dann lassen sich grobe Übereinstimmungen feststellen, z.B. bei den Hauptgruppen der "charakterologischen Störungen" oder den "Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)", den "speziellen neurotischen Verhaltensweisen" und den "psychischen und psycho-somatischen Krankheitserscheinungen". Während jedoch Annemarie DÜHRSSSENS Neurosenklassifikation speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt wurde, soll die ICD-8 für die Erwachsenenpsychiatrie benutzt werden. Die vorläufigen Untergruppierungen der Nr.308, "Verhaltensstörungen im Kindesalter", werden lediglich bis zur 9. Revision des ICD im Jahre 1978 zur Benutzung empfohlen und sind sehr viel weniger unterteilt. Da aber

diagnostische Fragen hier nicht vorrangig behandelt werden sollen, können wir auf einen genaueren Vergleich verzichten. Als Übergangslösung scheint jedoch die Klassifikation DÜHRSSENS in die ICD-8 überführbar zu sein. Daß sie sich stärker an der klassischen Erwachsenendiagnostik der "nicht psychiatrischen psychischen Störungen" orientiert hat (vgl. ICD-8, Nr. 300-309, bzw. Diagnose-schlüssel 1975, S. 47-85), könnte sich für eine noch zu formulierende Jugendlichenpsychiatrie als Vorteil erweisen.

Nach ihrem eigenen Anspruch wollte sie die "Fortentwicklung" der Lehre FREUDs aufgreifen und wie ihr Lehrer ein "Amalgam" der psychoanalytischen Schulen A. ADLERS und C.G. JUNGs vernehmen. In ihrem neuen Buch von 1972 verarbeitet sie auch verschiedene andere neopsychoanalytische Theoretiker. (33)

Die Technik der Psychotherapie wird in ihrem ersten Buch von 1954 sehr wenig behandelt (vgl. Dührssen 1954, S. 306-316). Die Frage nach den technischen Möglichkeiten der Jugendlichenbehandlung beantwortet sie hier sehr skeptisch. Die Jugendlichen hätten sehr viel weniger als kleine Kinder die Neigung, zu verabredeten Stunden durch "Spiel und Gespräch die Zeit aus(zu)füllen" (a.a.O., S.306). Auch könne man "aus naheliegenden Gründen" eine eigentliche Erwachsenentherapie mit ihnen nicht beginnen.

"Die altersgemäße Scheu junger Menschen, sich einem anderen gegenüber zu eröffnen, spricht hier mit, hat ihre Berechtigung und muß respektiert werden. Man wird also bei Jugendlichen, die neurotische Störungszeichen aufweisen, immer die Schwierigkeiten dieser Altersstufe bedenken müssen, bevor man eine psychotherapeutische Behandlung empfiehlt" (Dührssen 1954, S. 306).

Sie war sogar der Meinung, daß eine Psychotherapie bei Jugendlichen vielleicht nicht unmöglich, aber doch recht schwierig sei. Sie behauptet nämlich:

"In diesem Alter kann man im allgemeinen nichts anderes machen als eine Art Mentorschaft zu pflegen, die unter analytischen Gesichtspunkten ausgerichtet ist. Es wird viel davon abhängen, ob man das Vertrauen der Jugendlichen gewinnt, aber es wird im allgemeinen nicht zweckmäßig sein, allzu drängend und überredend vorzugehen" (a.a.O., S. 314).

Sechs Jahre später scheint sie jedoch neben einer "Art Mentorschaft" auch eine "analytische Psychotherapie" für sinnvoll zu halten. In ihrem zweiten Buch über "Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Dührssen 1960) behandelt sie nämlich in einem eigenen Kapitel den "therapeutische(n) Umgang mit Jugendlichen".

Ihre ursprüngliche Skepsis in bezug auf die Erfolgsaussichten der Behandlung von Jugendlichen hat sich sogar in einen relativ großen Optimismus verwandelt. Ihre Methode der "analytischen Psychotherapie" sei zwar kein Allheilmittel, aber nach ihren Erfahrungen ließen sich Kinder und Jugendliche sogar mit größeren Erfolgchancen als Erwachsene behandeln.

"Von erwachsenen Patienten wissen wir, daß man (indikationslosen Behandlungsbeginn vorausgesetzt) nur in etwa 50 % der Fälle mit einem befriedigenden Behandlungsergebnis rechnen kann. Bei Kindern und Jugendlichen liegt der Anteil günstiger Ergebnisse etwas höher. Wir können mit 60 bis 70 % befriedigender Ergebnisse rechnen. Dies wenigstens sind die Mitteilungen, die aus den verschiedenen kinderanalytisch orientierten Institutionen stammen" (Dührssen 1960, S. 416).

2.5.1 Technische Empfehlungen der analytischen Psychotherapie von Annemarie DÜHRSEN

Die Empfehlungen oder Regeln für ein optimales Therapeutenverhalten in der ANALYTISCHEN PSYCHOTHERAPIE oder Beratung von Jugendlichen entwickelt Annemarie DÜHRSEN durch eine kritische Auseinandersetzung mit der klassischen Standardmethode der Erwachsenenpsychoanalyse und durch die Aufnahme von verschiedenen technischen und theoretischen Elementen verschiedener Neo-Psychoanalytiker.

In ihrem dritten Buch von 1972 hat sie ihre Konzeption und Methode der ANALYTISCHEN PSYCHOTHERAPIE in ausgereifter und weiterentwickelter Form vorgelegt.

Als erstaunliche Tatsache fällt zunächst einmal auf, daß sie in dieser neuen Darstellung der Theorie und Praxis der "analytischen Psychotherapie" keinen Unterschied mehr macht zwischen der Behandlung von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen. Diese verschiedenen Altersgruppen werden in ihrem Spät-

werk nicht mehr explizit als differentielles Kriterium für ihre spezielle Behandlungsmethode herangezogen. Eigentlich müßte man aber ihre Konzeption der allgemeinen "analytischen Psychotherapie" als eine Fortführung ihrer Vorschläge für die Kinder- und Jugendlichenbehandlung auffassen, weil sie sich zuerst mit dieser Altersgruppe beschäftigt hatte.

Bereits 1954 betonte sie die Bedeutung der Altersphasen von Kindheit und Jugend für das Verständnis psychogener Erkrankungen im Erwachsenenalter. Sie war nämlich der Meinung,

"daß niemand, der mit psychogenen Störungen der Erwachsenen vertraut werden will, wirklich umhin kann, sich sorgfältig und genau die vorbereitende neurotische Entwicklung im Kindesalter zu betrachten. Ist es doch unbestreitbar, daß die neurotischen Störungen beim Kind und beim Erwachsenen nichts anderes sind, als die verschiedenen Glieder einer gemeinsamen, sich konsequent fortsetzenden Entwicklungslinie" (Dührssen 1954, S. 9).

Ausgehend von diesem genetischen Prinzip des Herangehens an die psychischen Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, hat sie sowohl ihre Neurosenlehre als auch ihr Behandlungskonzept entwickelt.

Die Empfehlungen Annemarie DÜHRSSENS über die technische Durchführung der Jugendlichenbehandlung lassen sich auf zwei verschiedene Quellen zurückführen, einmal auf das theoretische System ihres Lehrers, des Neopsychoanalytikers SCHULTZ-HEWCKE, und zum anderen auf ihre praktischen Erfahrungen in der Jugendlichenbehandlung. Im Gegensatz zu den Jugendlichenpsychoanalytikern EISSLER und Melanie KLEIN - evtl. auch Anna FREUD - hat Annemarie DÜHRSEN ebenso wie MALE in einer öffentlichen Institution des psychiatrischen Gesundheitswesens gearbeitet, nämlich in einer Poliklinik in (West-)Berlin. Wie groß der Einfluß dieser speziellen Institution auf die technischen Vorschriften ihrer Konzeption sein mögen, kann nicht mit Sicherheit herausgearbeitet werden. Eine öffentliche Institution der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie erreicht sehr wahrscheinlich eine gänzlich andere Klientel als eine private Praxis eines Psychiaters oder Psychagogen. Da aber kein Autor genauere Angaben über die Herkunft oder soziale Schicht seiner

jugendlichen Klientel gemacht hat, müssen wir diesen Punkt offenlassen. Aufgrund einiger Randbemerkungen bei Annemarie DÜHRSSSEN dürfen wir annehmen, daß die ratsuchenden Jugendlichen der jugendpsychiatrischen Poliklinik Berlins nicht überwiegend aus den oberen sozialen Schichten der Bevölkerung stammten, vielmehr auch aus den unteren.

Entsprechend ihren praktischen Erfahrungen hat sie Regeln für das Klienten- und Therapeutenverhalten formuliert. Ihre Klientenverschriften sind jedoch im Gegensatz zu den Therapeutenverschriften sehr viel weniger ausgearbeitet.

2.5.1.1 Klientenregeln der analytischen Jugendlichenpsychotherapie

Zunächst spricht sie die Drei-Phasen-Regel über die Erstkonsultation an. Sie besagt, daß in der ersten Phase des Behandlungsbeginns der ratsuchende Jugendliche zuerst allein mit dem Analytiker sprechen darf und somit seine eigene Sichtweise über den Anlaß der Behandlung mitteilen kann. In der zweiten Phase findet eine Konsultation mit den Eltern oder anderen wichtigen Personen statt und danach wiederum mit dem Jugendlichen.

Diese Verschrift begründet Annemarie DÜHRSSSEN mit der möglicherweise vorhandenen starken Opposition jugendlicher Patienten gegen ärztliche Konsultationen (vgl. Dührssen 1960, S. 345). In der klassischen psychoanalytischen Terminologie würde man hier von Widerstand sprechen, den der Analytiker durch Widerstandsdeutungen abzubauen hätte.

Eine Klientenregel im engeren Sinne ist diese Regelung des Beginns der Psychotherapie jedoch nicht, weil ihre Einhaltung nicht vom Verhalten des jugendlichen Klienten abhängig ist, sondern vom Psychoanalytiker arrangiert werden muß.

Die einzige explizite Empfehlung Annemarie DÜHRSSSENS über ein optimales Klientenverhalten betrifft die Behandlung von sogenannten bewußten seelischen Konflikten. Durch einen einzigen kurzen Absatz geht sie auf die Lösung dieser Art von Konflikten ein:

"Unsere Patienten befinden sich ja in einer Altersstufe, in der die bewußte Selbstreflexion mit Macht einsetzt, jedoch zunächst einmal noch sehr ungeübt ist. Der Analytiker, der dem Patienten bei der Verwörterung und Formulierung dieser bewußten Konflikte behilflich ist, kann ihm viel erleichtern" (Dührssen 1960, S. 337).

Die Aufgabe des jugendlichen Analysanden besteht also in der bewußten SELBSTREFLEXION, wobei der Analytiker behilflich sein soll. Die Fähigkeit der bewußten Selbstreflexion schränkt Annemarie DÜHRSEN jedoch auf "bewußte Konflikte" ein. Sie unterscheidet somit zwischen den verschiedenen Konfliktarten der bewußten und wahrscheinlich der nicht-bewußten Konflikte. Letztere können nach klassischer psychoanalytischer Auffassung sogenannte vorbewußte oder unbewußte Konflikte sein.

Diese Dreiteilung psychischer Prozesse, Zustände oder Tätigkeiten in "bewußt", "vorbewußt" und "unbewußt" leitet sich aus dem topischen Modell des "psychischen Apparates" nach FREUD ab (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd.2, S. 503-509). (34)

Ausgehend von dieser Topik psychischer Prozesse, spricht Annemarie DÜHRSEN von "bewußten Konflikten". Durch die Formulierungshilfen des Analytikers könne der Jugendliche diese Konflikte leichter lösen.

Wenn aber "bewußt erlebte seelische Konflikte" noch in Worte gekleidet werden müssen, wobei wir zunächst einmal davon absehen wollen, daß ein in der Sprache des Neo-Psychoanalytikers SCHULTZ-HECKE geschulter Analytiker dabei helfen soll, dann scheint es wahrscheinlich nicht einfach zu sein, den Bewußtseinsgrad des "bewußten Konfliktes" genau zu bezeichnen. Müßten diejenigen Konflikte, die durch gedankliche Bearbeitung noch klar zu formulieren und in Worte zu fassen sind, nicht eigentlich "VORBEWUßTE Konflikte" genannt werden? Das Adjektiv "vorbewußt" sollte nämlich DIE Inhalte und Erinnerungen kennzeichnen, die "dem Bewußtsein praktisch zugänglich sind (zum Beispiel nicht aktualisierte Kenntnisse und Erinnerungen" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd.2, S. 613). Annemarie DÜHRSEN jedenfalls benützt das Adjektiv "bewußt" auch für Konflikte, die erst noch sprachlich erarbeitet und formuliert werden

müssen. Die andere Konfliktart scheint dann der unbewußte Konflikt zu sein. Eine Bearbeitung oder einfaches Sprechen über unbewußte Konflikte dürfte ein Jugendlicher nicht leisten können.

Nach übereinstimmender Meinung wohl der meisten psychoanalytischen Schulen ist die Bearbeitung von unbewußten Konflikten nur mit der Hilfe eines Psychoanalytikers möglich. Während - nach Annemarie DÜHRSEN - die sogenannten "bewußt erlebten seelischen Konflikte" noch durch einfache Formulierungshilfen des Analytikers versprachlicht werden könnten, müßten unbewußte Konflikte durch die Techniken des psychoanalytischen Therapeutenverhaltens bearbeitet werden.

Die Notwendigkeit der Hilfe durch den Analytiker ergibt sich scheinbar einleuchtend aus der Topik des Bewußtseins. Der Zutritt zum "Keller" des Unbewußten wird durch den (ersten) Zensor kontrolliert. Radikale Kritiker der Psychoanalyse halten diesen Zensor für eine prude Jungfer, die, ängstlich besorgt, über die Inhalte des Unbewußten Wache hält und das Vorbewußte und Bewußtsein daran hindert, im Durcheinander des unbewußten Gemäuers für Ordnung zu sorgen. (35) Der Zutritt zum Unbewußten wird nur "in Begleitung" eines "Analytikers" gewährt. Ausschließlich mit seiner Hilfe dürfen die anscheinend gefährlichen unteren Gemäuer unseres Bewußtseins-Gebäudes betreten werden.

Bereits in den oberen Bewußtseinsetagen lassen sich jedoch "bewußte Konflikte" viel leichter mit den Formulierungshilfen eines SCHULTZ-HENCKE-Psychoanalytikers lösen. Seine Vorschläge zur Verwörterung "bewußter Konflikte" sollen Jugendlichen bei der "bewußten Selbstreflexion" behilflich sein. Der Jugendliche soll also lernen, seine Probleme mit den Wörtern der SCHULTZ-HENCKE-Schule auszudrücken. Er lernt keineswegs irgendeine Versprachlichung von "bewußten Konflikten", sondern die Spezialsprache dieser neopschoanalytischen Schule.

Auf die Besonderheiten und Unterschiede der Sprache dieser Schule in der babylonischen Sprachvielfalt der Psychoanalyse wollen wir hier nicht genauer eingehen, da wir dann sämtliche Spezialterme der SCHULTZ-HENCKE-Schule mit der klassischen

FREUDschen Terminologie vergleichen müßten. Für unseren Zweck mag es genügen, wenn wir lediglich auf die sprachlichen Unterschiede der psychologischen Motivationstheorien der klassischen Psychoanalyse und der Neopsychoanalyse SCHULTZ-HENCKES kurz eingehen. (Weiter unten werden wir motivationspsychologische Fragen unter einem anderen Aspekt ausführlich behandeln.)

In seiner späteren Triebtheorie unterscheidet S. FREUD zwei Gruppen von Trieben, die Lebenstriebe und den Todes- oder Aggressionstrieb. Zu den Lebenstrieben gehören die verschiedenen Partialtriebe des Sexualtriebes und die Selbsterhaltungstriebe.

Die Partialtriebe der Sexualität oder Libido benennt er mit den Begriffen Oralität (oder oral), Analität (oder anal), phallische Genitalorganisation (oder phallische Sexualität) und schließlich Genitalität oder genitale Sexualität (auch Genitalorganisation).

Die Selbsterhaltung- oder Ichtriebe umfassen besonders den Nahrungstrieb (oder Hunger) und eine Vielzahl anderer Triebe, deren Triebquellen in den großen organischen Funktionen liegen, z.B. "Nahrungsaufnahme, Defäkation, Urinieren, Muskelaktivität, Sehen etc." (Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 464). Für diese Ichtriebe verwendet FREUD mehrfach auch den Begriff Bedürfnis, im Gegensatz zum Triebbegriff für die (Partialtriebe der) Sexualität.

Diese FREUDschen Begriffe für menschliche Motivationen oder Gefühle der Sexualität und Aggressionen usw. hat die SCHULTZ-HENCKE-Schule auf verschiedene Art und Weise verändert. Teils wurden neue Wörter oder Etiketten benützt, teils verschoben sich auch die Bedeutungen einzelner Begriffe, teils erfand man gänzliche neue Terme. Statt von Trieben spricht man von Antrieben, und die Partialtriebe der Sexualität erhalten den Status eigenständiger Antriebe.

Der orale Trieb heißt bei SCHULTZ-HENCKE oral-kaptativer Antrieb, vom lateinischen Verb *captare*, was "nach etwas greifen, fassen" oder "etwas haben wollen" bedeutet. Gleichzeitig soll aber ein oral-kaptativer Antrieb nach der SCHULTZ-HENCKE-

Schülerin Annemarie DÜHRSEN eine leichte Kopplung oder Assoziation mit Besitz, Gelderwerb und Eigentumsstreben eingehen, deshalb benennt sie auch den oralen Antrieb mit den Begriffen Besitztrieb oder Besitzerleben. FREUD dagegen hat eher einen symbolischen Zusammenhang zwischen dem Fäces aus dem analen Funktionsbereich und dem Geld oder Geschenk gesehen (vgl. Dührssen 1954, S. 38 und Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 64).

Der anale Partialtrieb der Sexualität wird innerhalb der SCHULTZ-HENCKE-Schule retentiver Antrieb genannt vom lat. *retenere*, was "zurück-, festhalten" bedeutet. Annemarie DÜHRSEN benützt für den Begriff Analität die Begriffe Zurückhalten oder Nichthergebenwollen.

Der Aggressions- oder Todestrieb erfährt eine Erweiterung seiner Bedeutung zum Überlegenheits- oder Machtgefühl und zur Herrschsucht, zum Herrscherwillen.

FREUD unterschied ferner aufgrund seiner klinischen Erfahrungen "Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens" (1912) zwischen zwei Arten von Beziehungen zu anderen Menschen, nämlich einer "sinnlichen Strömung", die sexuelle Gefühle einschliesse, und einer "zärtlichen Strömung". In zärtlichen Gefühlen reproduzierte sich die erste Form der Liebesbeziehung des Kindes zu seiner Pflege- oder Bezugsperson. Während der Pubertät lerne der Jugendliche, beide Strömungen auf eine Person zu richten (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd.2, S. 639 f.). Die SCHULTZ-HENCKE-Schule trennt sehr scharf zwischen diesen beiden gefühlsmäßigen Schattierungen von zwischenmenschlichen Beziehungen, indem sie einen eigenen angeborenen Antrieb zur Hingabe, Zärtlichkeit postuliert; umgangssprachlich könne man auch von Liebesgefühl, Liebeswerbung oder hingebungsvollem Lieben sprechen.

Nur die "sinnliche Strömung" der zwischenmenschlichen Gefühle soll nach Auffassung der Neopsychoanalyse mit dem Begriff Sexualität bezeichnet werden. Auch Kinder könnten in diesem Sinne sexuelle Bedürfnisse erleben, die in der kindlichen Onanie augenfällig ihre Befriedigung finden, von entsprechenden sexuellen Praktiken der Jugendlichen ganz zu schweigen.

Ein gänzlich neuer Begriff in der Spezialsprache der Neo-psychoanalyse stellt die Intention dar. Intentionale Antriebe oder geistige Bedürfnisse, geistiges Erleben oder Geistigkeit gehören hiernach zur angeborenen Antriebsausstattung des Menschen. Während die obigen Antriebsbegriffe relativ enge Verwandtschaft zur Sprache der Psychoanalyse FREUDs erkennen lassen, hat SCHULTZ-HENCKE den Begriff der Intention aus anderen geistesgeschichtlichen Quellen entliehen. Nach Annemarie DÜHRSEN sei der Begriff des "Intentionalen" verhältnismäßig alt:

"1874 hat BRENTANO in erster Erweiterung der damaligen alten Assoziationspsychologie darauf hingewiesen, daß die aktive Wahrnehmung eine antriebshafte Seite hat, eine 'Intention' enthält. BRENTANO's Schüler HUSSERL griff diese Wertprägung auf, und in der Psychotherapie war es SCHULTZ-HENCKE, der diesen Begriff viel verwandte, ihn allerdings etwas erweiterte im Sinne allgemein aktiver Zuwendung überhaupt" (Dührssen 1954, S. 38).

Bei Annemarie DÜHRSEN wird der Begriff des Intentionalen schließlich in einer sehr weiten Bedeutung gebraucht. Bereits beim kleinen Kind könne man von einem "Intendiere" oder "Sich-zuwenden" zur dinglichen und menschlichen Umwelt sprechen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen zeigten sich die unterschiedlichen Ausprägungen der angeborenen Bereitschaft zur Reaktion und Zuwendung zur Welt, aber auch die schädigenden oder färbenden Einflüsse früher Entwicklungsanreize (vgl. Dührssen 1954, S. 29 - 37, ferner S. 58-65).

Der Begriffsapparat von sechs verschiedenen Antriebsarten der SCHULTZ-HENCKE-Schule hebt sich durch relativ einfache Strukturierung von dem dualistischen Triebmodell FREUDs ab. Sofern ein Jugendlicher seine persönlichen Schwierigkeiten und Probleme mit diesen Begriffen der Antriebslehre "verwörtern" lernt, wird er gleichzeitig auch die relativ einfache Theorie über die Verursachung von Neurosen übernehmen. Sie besagt nämlich, daß Neurosen durch Hemmung oder Verdrängung der verschiedenen Antriebsarten entstehen. Das scheinbar einsichtige und anschauliche Vokabular der Antriebslehre entpuppt sich somit als ein Trojanisches Pferd einer in ihrer Konsequenz

weitreichenden Theorie psychischer Krankheiten und psychischer Gesundheit. Sollte bereits das Vokabular der neopsychoanalytischen Antriebslehre einer kritischen Prüfung durch die verschiedenen psychologischen Auffassungen über menschliche Motivationen und Gefühle nicht standhalten, dann ist zu überlegen, zu welchen Zwecken diese Begriffe innerhalb einer Jugendlichenpsychotherapie benutzt werden können. Ob sich "bewußte Konflikte" von Jugendlichen mit diesem Begriffsapparat treffend bezeichnen lassen, muß vor dem Hintergrund der konkurrierenden Motivationspsychologien ernstlich bezweifelt werden. Die Aufforderung eines Psychotherapeuten an einen Jugendlichen zur "bewußten Selbstreflexion" in der Sprache der Neopsychoanalyse wirft somit eine Vielzahl neuer Fragen auf.

Genauso wenig, wie die Antriebslehre der SCHULTZ-HENCKE-Schule un widersprochen zum Allgemeingut der Motivationspsychologie geworden ist, halten andere Schulen der Psychotherapie an der Unterteilung unseres Bewußtseins in drei Systeme oder "Stockwerke" fest. Die Differenzierung in Bewußtes oder Unbewußtes wird für Annemarie DÜHRSEN zum entscheidenden Kriterium für die eigentliche analytische Tätigkeit herangezogen. Sofern die Konflikte Jugendlicher bewußter Natur seien, könnten sie durch "bewußte Selbstreflexion" des Jugendlichen und Hilfen der Verwörterung durch den Analytiker angegangen werden. Die eigentliche psychotherapeutische Tätigkeit setze aber erst ein, wenn sogenannte unbewußte Konflikte mit Hilfe der spezifischen psychoanalytischen Techniken bearbeitet würden.

Welche Konsequenzen müssen aber für die psychotherapeutische Tätigkeit gezogen werden, wenn diese Unterscheidung in "bewußte" oder "unbewußte" Konflikte aufgrund eines anderen psychotherapeutischen Konzeptes nicht mehr getroffen wird? Reicht dann die "bewußte Selbstreflexion" des Jugendlichen mit den Formulierungshilfen des Therapeuten für alle Konflikte aus?

Die zur Zeit wohl bedeutsamste Schule der Psychotherapie, welche sich in einer Frontstellung gegen die Psychoanalyse sieht, hat diese Konsequenzen gezogen, nämlich die Gesprächspsycho-

therapie (= GPT). Beide Schulen fassen ihre psychotherapeutische Tätigkeit als eine verbale auf, die überwiegend in einem direkten Dialog oder Gespräch abläuft. Die neopsychanalytische SCHULTZ-HENCKE-Schule jedoch zieht einen strengen Trennungsestrich zwischen der Versprachlichung von bewußten und unbewußten Konflikten, während die existentialistische oder "humanistische Psycholegie" der Gesprächspsychotherapie von C.R. ROGERS sämtliche Konflikte durch die Selbstreflexion des Analysanden bzw. Klienten angeht.

Die Hilfen des SCHULTZ-HENCKE-Analytikers bestehen bei nicht-bewußten Konflikten in verschiedenen Arten von (psyche-)analytischen Interpretationen oder Deutungen. In den Therapeutenregeln sind die Möglichkeiten der Äußerungen des Analytikers vorgeschrieben. Sie legen sehr viel klarer als die Klientenregel die verbale Tätigkeit der Psychotherapeuten fest, wobei sie auf den ersten Blick sehr viel anders auszufallen scheinen als die technischen Empfehlungen der anderen psychoanalytischen Teicherschulen. Bei genauerer Betrachtung entpuppen sie sich aber als die wichtigsten Regeln, die auch von der klassischen Anna-FREUD-Schule aufgestellt wurden.

2.5.1.2 Therapeutenregel der analytischen Jugendlichenpsychotherapie

Die technischen Empfehlungen Annemarie DÜHRSSENS an einen Jugendlichenpsychotherapeuten lassen sich in zwei Gruppen von Therapeutenregeln zusammenfassen, erstens die allgemeinen Einstellungsregeln und zweitens die besonderen Interpretationsregeln (vgl. zum folgenden Dührssen 1960, S. 330-347).

1. Allgemeine Einstellungsregeln

Die drei allgemeinen Einstellungsregeln des Therapeutenverhaltens sollen eine flexible Handlungsweise gegenüber Jugendlichen gewährleisten, eine diagnostische Differenzierung sicherstellen und den Beginn der Behandlung durch Aufgreifen der Informationsbedürfnisse der Jugendlichen erleichtern.

Flexibles Therapeutenverhalten. Als allgemeine Empfehlung an den Psychotherapeuten spricht Annemarie DÜHRSEN sich für ein bewegliches und lebendiges Verhalten aus, "um auch mit jungen Menschen den richtigen Ton zu finden und gleichzeitig die therapeutische Methode, die im Umgang mit Erwachsenen oder Kindern gelernt wurde, so abzuwandeln, daß sie für jugendliche Patienten wirksam wird" (Dührssen 1960, S. 330 f.).

Als Ziel setzt sie sich eine "innere Neuorientierung und Umstrukturierung", die sie jedoch nicht mit den klassischen Techniken der Erwachsenenanalyse erreichen will. Die Klientenregel für Erwachsene verlangt nach Annemarie DÜHRSEN, daß der Patient sich kontemplativ, aber interessiert seinen unbewußten Regungen zuwendet und die aufsteigenden Erlebnisse mitteilt (vgl. a.a.O., S. 333). In der Sprache der klassischen Anna-FREUD-Schule sehen wir dieses Klientenverhalten durch die Klientenregel des "freien Assoziierens" angesprochen. Auf diese "freien Assoziationen" verzichtet Annemarie DÜHRSEN in der Jugendlichenbehandlung und ersetzt sie durch ein therapeutisches GESPRÄCH, das anscheinend weitgehend vom Psychotherapeuten gesteuert werden soll. Explizit formuliert sie aber keine Ersatzregel für die Klientenregel des "freien Assoziierens", sondern liefert zwei weitere allgemeine Einstellungsregeln für die Therapeutenverbalisierungen.

Diagnostische Differenzierung. Ausgehend von einer nicht als erschöpfend gemeinten Klassifikation verschiedener Symptombilder psychischer Erkrankungen, empfiehlt Annemarie DÜHRSEN ein differenziertes Vorgehen des Jugendlichenpsychotherapeuten. Unter dem Aspekt der subjektiven Einstellung Jugendlicher zu den vielfältigen psychischen Erkrankungen unterscheidet sie sieben Symptombilder. Die folgende Klassifikation erhebe nicht den Anspruch, alle psychischen Krankheiten zu erfassen, sondern sie solle diejenigen Krankheiten herausgreifen, die nach Meinung von Annemarie DÜHRSEN "im Erleben des Patienten" die ärztliche Konsultation und Überweisung zum (Jugendlichen-)Psychiater jeweils in ein verschiedenes Licht rücken können (vgl. a.a.O., S. 344). Diese sozialpsychologi-

schen Phänomene der unterschiedlichen Einstellungen und Informationen über psychische Erkrankung werden lediglich nach einigen psychiatrischen Diagnosen unterschieden. Folgende Krankheitsbilder sollte ein Jugendlichpsychotherapeut berücksichtigen, wenn er mögliche Unterschiede in den Einstellungen zur psychischen Erkrankung aufgreifen will:

"Psycho-somatische Krankheitsbilder

Depressive Verstimmungen mit suicidalen Tendenzen

Angstzustände

Zwangserrscheinungen

Leistungsstörungen

Verwehrungsreaktionen

Perversionen"

(Dührssen 1960, S. 344).

Die Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser Krankheitsbilder ergibt sich nach Annemarie DÜHRSEN aus den subjektiven Momenten der psychischen Haltungen oder Einstellungen junger Menschen zu psychiatrischen Erkrankungen und teilweise aus den objektiv in der Umgebung des Jugendlichen gehegten Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken. Relativ allgemein greift sie diese Stereotype über psychische Erkrankungen auf, indem sie ihre Auswirkungen auf die Psyche der Jugendlichen zu berücksichtigen empfiehlt. Dadurch, daß sie lediglich auf die verschiedenen Stereotype psychischer Erkrankungen hinweist, suggeriert sie die Auffassung, diese Vorurteile oder Meinungen über psychische Erkrankungen seien allgemein bei allen Jugendlichen in gleicher Weise anzutreffen. Gänzlich unberücksichtigt läßt sie die Möglichkeit unterschiedlicher Einstellungen bei verschiedenen Gruppen von Jugendlichen oder auch Erwachsenen.

Aufgrund von empirischen Erhebungen über Meinungen und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen ist nämlich bekannt, daß die Einstellungen und Informationen über diese Krankheiten keineswegs individuell wahllos differieren, sondern eine ganz bestimmte Verbreitung aufweisen, die stark mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht korreliert (vgl. z.B. Gleiss u.a. 1973, S. 118 ff.). Daß jedoch Anne-

marie DÜHRSEN überhaupt die Verschiedenheit von Einstellungen zu psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen (aber auch Eltern und Ärzten, Psychiatern) thematisiert, darf bereits als ein positives Moment ihrer Technik angesehen werden.

Für eine Ausarbeitung von speziellen Therapietechniken für die unterschiedlichen Krankheitsbilder entscheidet sie sich aber nicht. Sie empfiehlt vielmehr ein spezifisches Therapeutenverhalten für die Anfangsphasen der Behandlung bei verschiedenen Erkrankungen.

So müsse der Analytiker bei psychosomatisch erkrankten Jugendlichen in der ersten Gesprächsphase das Mißtrauen und die Empörung dieser Jugendlichen über die kränkenden Vorerlebnisse der vielen Überweisungen und Behandlungsversuche vom Ärzten auffangen und außerdem an sorgfältig gewählten praktischen Beispielen darlegen, auf welchen Wegen echte Organkrankheiten durch affektive Erregungen zustande kommen könnten (vgl. a.a.O., S. 344).

Diese verschiedenen psychotherapeutischen Aufgaben verlangen jedoch sehr unterschiedliche Mittel der Beeinflussung von Jugendlichen. Welche ein Analytiker hierfür einsetzen müßte, diskutiert Annemarie DÜHRSEN nicht. Die erste Aufgabe des Auffangens von kränkenden Vorerlebnissen ließe sich wahrscheinlich mit spezifischen psychotherapeutischen Methoden angehen, da sie ein Verarbeiten und Verändern von emotionalen oder motivationalen Erlebnissen verlangt. Welche Lernerfahrungen aber ein Jugendlicher sammeln muß, um die kränkenden Erlebnisse der verschiedenen fehlgeschlagenen Behandlungsversuche verschiedener Ärzte zu verarbeiten, spricht sie nicht an. Ebenfalls äußert sie sich nicht ausführlich zu der zweiten Aufgabe des Analytikers, den Jugendlichen über die Entstehung und Ursachen von psychosomatischen Krankheiten zu belehren oder zu informieren. Diese Bildungsfunktion scheint durch die Vermittlung der Theorien oder Ansichten der SCHULTZ-HENCKE-Schule zur Psychosomatik erledigt zu sein. Aller Wahrscheinlichkeit nach muß aber auch ein Psychotherapeut dieser Toichterschule der Psychoanalyse noch den Jugendlichen von der Richtigkeit seiner psycho-

therapeutischen Konzeption überzeugen (= Widerstand). Diese Überzeugungsprozesse erfordern aber andere pädagogische und psychologische Methoden als eine einfache Informationsvermittlung von relativ gesicherten und allgemein anerkannten Tatsachen. Annemarie DÜHRSEN nennt lediglich eine einzige pädagogische Methode der Belehrung, nämlich die Darlegung von "sorgfältig gewählten praktischen Beispielen". Diese Methode des "Beibringens" (HENNINGSEN) mag unter bestimmten Umständen ihren Zweck der Überzeugungsbildung erfüllen, unklar bleibt jedoch, wieso hier dem Analytiker und Jugendlichenpsychotherapeut oder Psychagogen nicht zugestanden wird, aus dem Methodenarsenal der Pädagogik diejenige Technik auszuwählen, die er für angemessen hält. Vielleicht war Annemarie DÜHRSEN sich bei der Empfehlung dieses Vorgehens zur Überzeugungsbildung gar nicht "bewußt" - bzw. "ver-bewußt" -, daß sie eine pädagogische bzw. Bildungsmethode anzuwenden hat, wenn sie Ansichten über Krankheiten verändern will.

Die Vorschläge zum Behandlungsbeginn von Perversionen, Angst- und Zwangssymptomen, Selbstmordtendenzen, Verwahrlosungserscheinungen und Leistungsstörungen betonen ebenfalls nur einige Aspekte eines differentiellen Psychotherapeutenverhaltens. Bei der Kürze ihrer Ausführungen zu diesem Fragenkomplex muß vieles offenbleiben. Hier wird jeder Jugendlichenpsychotherapeut präzisere Empfehlungen erwarten.

Einleitungstrick. Die dritte allgemeine technische Empfehlung für den Beginn der Jugendlichenpsychotherapie besteht darin, die Interessen und Informationsbedürfnisse des Jugendlichen aufzugreifen mit dem Ziel, keine Abwehr aufkommen zu lassen. Als Begründung für diese List zu Beginn der Behandlung führt Annemarie DÜHRSEN (1960, S. 332 u. 334) relativ allgemeine Aussagen über den typischen Jugendlichen an.

Nach ihrer Meinung neige der junge Mensch zu einer allgemeinen und normalen Gesprächsunwilligkeit, er wolle seine persönlichen Probleme nicht mit fremden Erwachsenen besprechen und sei nicht in der Lage, "eine Verbindung zwischen seinem Krankheitszustand und verborgenen seelischen Konflikten her-

zustellen" (a.a.O., S. 332). Ferner zeigten Jugendliche einen altersgemäßen Zukunftsoptimismus, der erste Entlastungen oder Erfolge der Behandlung für dauerhafter hielte, als sie möglich seien. Obwohl der Jugendliche also intimen Gesprächen nicht zugeneigt sei, wachse seine Selbständigkeit, und er sei lernwillig und entwicklungsbereit (vgl. a.a.O., S. 334).

Mit der Einleitungsregel will Annemarie DÜHRSEN auf diese ihrer Meinung nach typischen Eigenschaften und Verhaltensweisen "der Jugendlichen" eingehen, indem sie empfiehlt, sich auf das im Grunde immer bereitliegende Interesse junger Menschen an SACHLICHER INFORMATION und allgemeiner Weltorientierung zu beziehen. Trotz der Ablehnung von intimen Gesprächen nähme "der Jugendliche" Anregungen und Informationen (sofern sie nützlich und richtig seien) gerne auf und suche sie im Grunde auch.

Diese Empfehlung über die Einleitung der Behandlung scheint gegenüber den anderen Tochterschulen der Psychoanalyse eine Neuheit zu sein. Durch Aufgreifen der altersgemäßen Interessen und Informationsbedürfnisse werden Inhalte für das psychotherapeutische Gespräch zugelassen, die nach klassischer Auffassung der anderen oben vorgestellten Schulen eigentlich nicht als heilungswirksam anerkannt sind. Der klassische Kanon erlaubt lediglich eine Thematisierung von sexuellen und aggressiven Gesprächsinhalten, da nur durch die Bewältigung des Sexual- und Aggressionstriebes eine Heilung neurotischer Konflikte möglich sein soll. Annemarie DÜHRSEN bleibt aber insofern einer Triebkonzeption verhaftet, als sie die Thematisierung von Inhalten, die jugendliche Interessen berühren, als Mittel zum Zweck funktionalisiert. Die von Jugendlichen vorgebrachten Gesprächsinhalte benützt sie nur als Einstiegsmöglichkeit in ein analytisches Behandlungsgespräch. Sie mißt den Bedürfnissen des Jugendlichen nach "sachlicher Information" und "allgemeiner Weltorientierung" nicht gleiche Bedeutung bei wie den (An-)Trieben des Jugendlichen. Nähme sie die vermuteten Inhalte therapeutischer Gespräche mit jungen Menschen ernst, so müßte sie auch entsprechende Regeln oder

Empfehlungen für die Verbalisierung dieser rationalen Probleme aufstellen. Weder in der Einleitungsregel noch in den weiteren noch vorzustellenden Therapeutenregeln der analytischen und sog. analytisch orientierten Interpretationen geht sie auf diese rationalen Inhalte oder Probleme des menschlichen Erlebens und Bewußtseins ein.

- Den Begriff "rationale Inhalte" wollen wir vorläufig für solche Gesprächsinhalte benutzen, die nach Annemarie DÜHRSEN als sachliche Informationsprobleme oder sog. Weltorientierungen zu betrachten sind. -

Das Interesse von Jugendlichen an "sachlicher Information" und "Weltorientierung" veranlaßt sie, in ihrer allgemeinen Konzeption der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Dührssen 1960, S. 13 - 133) sehr viel ausführlicher auf die verschiedenen Arten von sogenannten Lebensproblemen einzugehen. Sie habe zwar keine "Art Enzyklopädie des Lebens" zusammengestellt, referiert aber in einem umfangreichen Kapitel die "Lebensentwicklungen und Lebensbilder bei erwachsenen Menschen" (a.a.O., S. 8). Einer der Zwecke dieses Kapitels bestünde darin, eine Fülle von Informationen zur Verfügung zu stellen, die der Therapeut bevorzugt im Gespräch mit Jugendlichen benötige, denn nach ihrer Auffassung besteht "der therapeutische Umgang mit Jugendlichen zu einem nicht geringen Teil in allgemeiner Information und Weltorientierung (...)" (a.a.O., S. 8).

Diese Lebensprobleme umfassen 1.) Berufsprobleme, 2.) Besitzverhältnisse, 3.) Partnerwahl, 4.) Familienleben, 5.) den erweiterten sozialen Raum, 6.) Ideale und Ideologien, 7.) neurotische Religiosität, 8.) neurotisches Philosophieren und 9.) neurotischen Ästhetizismus.

Die Auflistung dieser Lebensprobleme Jugendlicher beinhaltet auf den ersten Blick Teile der von uns vorgeschlagenen sozialpädagogischen "Sozio-Diagnostik" bei Unterscheidung und Klassifikation von Jugendkonflikten nach den Problemfeldern: Arbeit, Familie, psychische Gesundheit und Sexualität. Jedoch nimmt Annemarie DÜHRSEN eine unserer Meinung nach ungerechtfertigte Reduktion der Problemkomplexität vor, indem sie die

Bewältigung dieser Konflikte zu einem großen Teil von einer sogenannten sachlichen Information und einer bestimmten Weltorientierung abhängig macht. Wir müssen hier wiederum konstatieren, daß eine gewisse Unfähigkeit besteht, erziehungswissenschaftliche Erkenntnisse für eine spezielle psychotherapeutische Technik fruchtbar zu machen. Annemarie DÜHRSEN fällt somit nicht auf, daß die von ihr aufgelisteten Probleme so verschieden sind, daß sie von einem Therapeuten keineswegs durch die Technik der Informationsvermittlung angegangen werden können. Spätestens bei der Inangriffnahme von Problemen, die Ideale und Ideologien betreffen, nämlich bei "theoretisch-weltanschaulichen" Fragen Jugendlicher, sollte jeder Therapeut erkennen, daß er die hier anstehenden Probleme nicht durch Weitergabe von Informationen lösen kann. Besonders evident wird der begrenzte Vorschlag des therapeutischen Mitteleinsatzes von Annemarie DÜHRSEN bei religiösen, philosophischen und ästhetischen Problemen. Die Bildungs- und Erziehungsprozesse in diesen Bereichen des geistigen Lebens erfordern ein sehr differenziertes Vorgehen, das von ihr auf einfache Informationsvermittlung und "Weltorientierung" reduziert wird.

Den Begriff der Weltorientierung scheint sie aus der vergleichenden Religionswissenschaft entnommen zu haben. In dem Kapitel über "neuretische Religiosität" (vgl. Dührssen 1960, S. 116 - 131) referiert sie das "innere Koordinatensystem" des vergleichenden Religionswissenschaftlers GLASENAPP. Der Begriff Weltinterpretation wird von GLASENAPP für die verschiedenen Auffassungen über die gesamte Welt, das Weltall, Gott und ihre/seine Geschichte benützt.

GLASENAPPs Begriff der Weltinterpretation aus der vergleichenden Religionswissenschaft wird von Annemarie DÜHRSEN zu einem psychotherapeutischen Begriff, nämlich zu WELTORIENTIERUNG, abgewandelt. Wie bedeutsam jedoch diese Weltorientierungen in der Jugendlichenpsychotherapie werden könnten, wird von ihr nicht einsichtig gemacht. Genauso wenig Beachtung schenkt sie dem Problem, daß auch "nicht-religiöse" Interpretationen oder Auffassungen über die Welt und ihre Geschichte

existieren.

Die psychotherapeutische Schule des Amerikaners A. ELLIS und die psychiatrischen Methoden der Persuasion messen unserer Meinung nach den sog. rationalen Inhalten in psychotherapeutischen Gesprächen sehr viel mehr Gewicht für die Heilung psychischer Störungen zu als Annemarie DÜHRSEN. Obwohl sie in ihrer Motivationspsychologie im Sinne der SCHULTZ-HENCKE-Schule auch sogenannte intentionale oder geistige Antriebe postuliert, erhalten die Konflikte in diesem Bereich des menschlichen Erlebens oder Bewußtseins doch nicht den Stellenwert wie die libidinösen und aggressiven (An-)Triebe. Nach ihrer allgemeinen Neurosenlehre bewirkt eine Verdrängung oder Hemmung dieser intentionalen Antriebe die sogenannte intentionale Gehemmtheit. Die Pflege geistiger Bedürfnisse oder der Intentionalität soll jedoch nur selten Anlaß für die Entstehung einer neurotischen Fehlentwicklung geben. Die intentionale Gehemmtheit wird dann auch in ihrer allgemeinen Neurosenlehre nur sehr kurz abgehandelt.

Obwohl geistige oder rationale Bedürfnisse doch eigentlich von wenigen Humanwissenschaftlern den Menschen abgesprochen werden, kann Annemarie DÜHRSEN diese Bereiche des menschlichen Bewußtseins nur schwer in ihre Neurosenkonzeption einordnen. Sie selbst gesteht, daß sie den Vorgang der intentionalen Störung den Aspiranten oder Lernenden der analytischen Psychotherapie nur sehr schwer verdeutlichen könne. Trotzdem spielten diese Störungen in der Kontaktfähigkeit eines Kindes zu Dingen und Menschen eine äußerst bedeutungsvolle Rolle (vgl. Dührssen 1954, 1972, S. 63). Als Beispiele führt sie verschiedene Lern-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen von Kindern an, z.B. ein Kind, das in einem Szenokasten einen bestimmten Gegenstand sucht, aber ihn nicht wahrnimmt oder aus neurotischen Gründen übersieht. In diesem Falle sei die Zuwendung zum Ding, die Intention, der emotionale "Aufforderungscharakter" eines Gegenstandes gestört.

Aufgrund dieses (u.a.) Beispiels läßt sich die Vermutung wagen, daß Annemarie DÜHRSEN sehr verschiedene psychologi-

sche Vorgänge aus dem Bereich der Wahrnehmung, der Motivation, des Willens und der Charakterologie oder Persönlichkeitsforschung unter der Rubrik intentionale Gehemmtheit zusammenfaßt. Wegen dieser unpräzisen psychologischen Begriffsbildung lassen sich diese vielfältigen Störungen nicht genau bezeichnen, deshalb müssen auch die Techniken zur Behandlung von Störungen der "intentionalen Gehemmtheit" vage bleiben.

Im Laufe der geschichtlichen Herausbildung des Methodenarsenals der (Erwachsenen-)Psychiatrie spielten rationale oder kognitive Probleme schon immer eine nicht unwichtige Rolle. Die Methoden der Persuasion (und Suggestion) wurden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts zur Beeinflussung und Veränderung von sogenannten rationalen Problemen des menschlichen Bewußtseins eingesetzt. P.C. DUBOIS (1849 - 1918) formulierte 1904 eine kognitionspsychologische Neuresentheorie und Behandlungsmethode, die Persuasionstherapie. Sie betrachtet den Neurotiker als einen leidenden Menschen, der falsch denkt. Durch Persuasion oder logische Überredung müsse er zur Einsicht gebracht werden, daß seine neurotischen Probleme lediglich aus falschen Kognitionen resultierten. In den psychiatrischen Methoden der Persuasion haben sich Elemente dieser kognitiven Behandlungstechniken, die vorwiegend an die Vernunft, den Verstand oder die rationalen Fähigkeiten des menschlichen Bewußtseins appellieren, bis heute erhalten. (3)

Annemarie DÜHRSEN möchte in der Jugendlichenbehandlung auch diese kognitiven oder rationalen Probleme behandeln, kann sich aber nicht dazu entschließen, ihnen einen entsprechenden Stellenwert einzuräumen. Der Analytiker solle die Informationsbedürfnisse und das Interesse der Jugendlichen an "Weltorientierungen" lediglich zu Beginn der Psychotherapie aufgreifen, um das Vertrauen des Jugendlichen zu erreichen und eine tragfähige Beziehung oder Übertragungsbeziehung - nach klassischer FREUD'scher Terminologie - aufzubauen. Durch diesen Einleitungstrick kann sie wahrscheinlich eine größere Anzahl von Jugendlichen erreichen. Welche Lernprozesse aber notwendig sind, den Jugendlichen davon zu "überzeugen", dies

rationalen Probleme nur auf die Anfangsphase des psychotherapeutischen Gespräches zu beschränken, wäre sicherlich einer genauen Untersuchung wert.

Eine spezielle Schule der Psychotherapie, die ähnlich wie die SCHULTZ-HENCKE-Schule eine Amalgambildung oder Verschmelzung der verschiedenen Tochterschulen der Psychoanalyse beabsichtigt, aber zusätzlich noch Elemente der Persuasions- und Verhaltenstherapie aufgreift, ist die RATIONAL-EMOTIVE PSYCHOTHERAPIE von A. ELLIS (1977). Seine Techniken der Psychotherapie umfassen sowohl Methoden der Veränderung von emotionalen, motivationalen Prozessen als auch von rationalen oder geistigen. (37)

Die technischen Empfehlungen Annemarie DÜHRSSENS an den Jungendlichenpsychotherapeuten hatten wir in allgemeine Einstellungsregeln und besondere Interpretationsregeln unterteilt. Die allgemeinen Empfehlungen sollen ein Therapeutenverhalten sicherstellen, das auf die vielfältigen Interessen und Probleme von Jugendlichen eingeht. Relativ unspezifisch jedoch bleiben ihre Vorstellungen von den Interessen- und Bedürfnislagen der Jugendlichen. Befangen in der (An-)Triebtheorie ihres Lehrers SCHULTZ-HENCKE, hat sie zwar mit der Erweiterung des Triebkataloges der analytischen Psychotherapie neue Inhalte für das psychotherapeutische Gespräch erschlossen, verdeckt aber hinter relativ unspezifischen Begriffen wie Intention, intentionaler Gehemtheit und Geistigkeit, geistiges Erleben sehr unterschiedliche Dimensionen oder Bereiche des Bewußtseins. Die verschiedenen Phänomene der menschlichen Kognition oder Rationalität werden von ihr allein im Rahmen der neopsychoanalytischen (Antriebs- oder) Triebtheorie betrachtet und somit wie Motivationsphänomene behandelt.

Mit der Therapeutenregel des Beginns der Jugendlichenbehandlung, dem Einleitungstrick, versucht sie zwar die anscheinend in ihrer praktischen Arbeit als Analytikerin an sie herangetragenen Inhalte aus weltanschaulichen, philosophischen und religiösen u.a. Bereichen als Anknüpfungspunkte für das "eigentliche" analytische Gespräch aufzugreifen, muß aber

letztlich hieran scheitern. Die Probleme aus rationalen oder kognitiven Bewußtseinsbereichen lassen sich nicht wie motivationale Probleme der (neo-)psychoanalytischen Trieblehre auf den Begriff bringen. Selbst wenn Annemarie DÜHRSEN nach ihrer Einleitungsregel Intentionales, geistiges Erleben oder Weltorientierungen aufzugreifen empfiehlt, entschließt sie sich hierzu nur aus Zwecken, die sich aus der (Neo-)Psychoanalyse begründen lassen. Die Interessen und Informationsbedürfnisse der Jugendlichen sollen nämlich nur zum Zwecke der Ausschaltung der ABWEHR der Jugendlichen aufgegriffen werden (vgl. Dührssen 1960, S. 334).

Nach klassischer Auffassung der Anna-FREUD-Schule werden die Prozesse der Abwehr des Analysanden durch die Therapeutenregel der Abwehrdeutungen erfaßt. Die Einleitungsregel von Annemarie DÜHRSEN verfolgt somit den gleichen Zweck wie eine der klassischen Therapeutenregeln der Verbalisierung von Deutungen.

2. Besondere Interpretationsregeln

Neben den bisher diskutierten allgemeinen Einstellungsregeln für Psychotherapeuten hat Annemarie DÜHRSEN ungefähr fünf verschiedene Techniken der Gesprächsführung entwickelt. Diese technischen Empfehlungen für das Sprachverhalten der analytischen Psychotherapeuten nennt sie Interpretationsregeln. Sie sprechen Empfehlungen für das Verhalten der Psychotherapeuten im Dialog mit Jugendlichen aus, indem diese Interpretationsregeln die sprachliche Verarbeitung sogenannter nicht-bewußter Konflikte regeln. Mit der Diskussion der neo-psychoanalytischen Interpretationsregeln betreten wir also das eigentliche Feld der heilenden analytischen Gesprächsführung.

Folgende Interpretations- oder Deutungsregeln der analytischen Jugendlichenpsychotherapie lassen sich unterscheiden:

1. die Grundhaltungsregel,
2. die Regel der "analytisch orientierten Stellungnahmen",
3. die Interpretationsregel über Bewußtseinsnähe,
4. die Interpretationsregel bei Leidensdruck und
5. die Trieb-Lücken-Regel.

Grundhaltungsregel. Diese Therapeutenregel verlangt ein unterschiedliches Gesprächsverhalten des Analytikers bei bestimmten Einstellungen und Persönlichkeitseigenschaften von Jugendlichen. Hiermit werden also spezifische Besonderheiten der Analysanden oder Ratsuchenden berücksichtigt, indem psychologische Unterschiede beachtet werden. Annemarie DÜHRSEN nennt diese Einstellungen und Persönlichkeitseigenschaften "typische Grundhaltungen" oder "Einstellungen zum Leben". Einige der wichtigsten Grundhaltungen von Jugendlichen seien diese:

"die depressiv resignative Einstellung

Ängstlichkeit, allgemeine Gehemtheit und Schüchternheit

überebereitwillige Zuverlässigkeit

Ressimenthaltung und Verbitterung

Heimtückereaktionen

Neid und Konkurrenzhaltung"

(Dührsen 1960, S. 346).

Diese unterschiedlichen "typischen Grundhaltungen" Jugendlicher deckten sich nicht mit umfassenden neurosepsychologischen Überlegungen, seien aber bedeutsam, weil sie jeweils eine ganz andere Form des therapeutischen Umganges erforderten (a.a.O., S. 346).

Ein großer Vorteil dieser Unterscheidung scheint darin zu liegen, daß hiermit individuelle Besonderheiten oder Eigenschaften von Jugendlichen ins Auge gefaßt werden, um eine "Individualisierung" der therapeutischen Technik zu empfehlen. In der Methodologie des Unterrichts der Schulpädagogik sind diese Fragen bereits diskutiert worden. Fragwürdig bleibt jedoch bei dieser Klassifikation von Annemarie DÜHRSEN das strukturierende Prinzip dieser "rein additiven Aufzählung" von "typischen Grundhaltungen". Diese Klassifikation mag

aus der praktischen Erfahrung und der neo-psychoanalytischen und psychiatrischen Typologie einer Persönlichkeitstheorie ableitbar sein. Explizit begründet sie jedenfalls diese Eigenschaften oder Typen nicht.

Sie weist lediglich darauf hin, daß der Jugendlichenanalytiker besonders darauf zu achten habe, ob ein Jugendlicher seine gegenwärtige Einstellung zum Leben entweder in OPPOSITION oder in IDENTIFIKATION zum Leben erworben habe. Die neurotischen Fehlreaktionen des Jugendlichen müßten jeweils anders behandelt werden, vor allem wenn eine Auseinandersetzung mit der Familie im Verlauf der Behandlung aufkomme.

Besonders gefährlich für die weitere Lebensentwicklung des Jugendlichen sei die Ressentimenthaltung mit ihrem hilflos verbitterten Trotz gegen die Welt.

Versuchen wir einen Vergleich dieser Grundhaltungen mit entsprechenden Kategorien der anderen Teichersschulen der Psychoanalyse, dann scheinen große Ähnlichkeiten zur individualpsychologischen Schule A. ADLERS zu bestehen. Seine Begriffe Lebensplan, Leitlinie und Lebensstil wurden von Annemarie DÜHRSEN zur "Einstellung zum Leben" und "typischen Grundhaltung" zusammengezogen. Bei ADLER hebt die Kategorie Lebensstil vor allem auf die Werthaltungen des Individuums ab, auf die Ziele, die es sich gesteckt hat und ferner auf die Techniken des Individuums, seine Lebensaufgaben anzugehen, die vor allem eine Meisterung seiner Minderwertigkeiten bezwecken (vgl. Dührssen, Fromberg, Kristen 1975, Sp. 515). Annemarie DÜHRSEN verallgemeinert diese Kategorien zum Begriff der "typischen Grundhaltung" und nimmt gleichzeitig Elemente der Konzeption der Abwehrmechanismen von Anna FREUD auf.

In den Therapeutenregeln der Deutung von Abwehrhaltungen werden nach der Anna-FREUD-Schule die verschiedenen Mechanismen von Jugendlichen gedeutet, die eine Abwehr gegen die Bewußtmachung von unbewußten Triebanteilen oder Tendenzen des Über-Ich ausmachen. Die nach Annemarie DÜHRSEN wichtigen Grundhaltungen der Opposition oder Identifikation bezüglich der eigenen Familie werden von Anna FREUD durch die Abwehrmecha-

nismen der "Libideflucht" und "Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil" angesprochen. Genauso läßt sich die von Annemarie DÜHRSEN als besonders gefährlich eingeschätzte Lebenseinstellung Jugendlicher, die sie Ressentimenthaltung und Verbitterung nennt, in dem Abwehrmechanismus "Verkehrung ins Gegenteil" wiederfinden. (38)

Neben diesen Ähnlichkeiten zwischen den Grundhaltungen und den Abwehrmechanismen bestehen partielle Übereinstimmungen zu Typensystemen der Charakterologie oder Persönlichkeitsforschung aus dem Bereich der Psychiatrie. In der Erwachsenenpsychiatrie werden sog. pathologische Formen oder Arten der Persönlichkeitsentwicklung unter der Kategorie oder Diagnose der "Persönlichkeitsstörungen" oder "Psychopathien", "Charakterneurosen" subsumiert. Nach dem internationalen Diagnoseschlüssel psychiatrischer Krankheiten, dem ICD-8, lassen sich "Personen mit tief verwurzeltem Fehlverhalten" einer der Unterkategorien dieser Diagnosegruppe zuweisen. Als entscheidende Bestimmungsmerkmale dieser Persönlichkeitsstörungen werden gefordert:

"Die Persönlichkeit ist abnorm entweder hinsichtlich der Ausgeglichenheit ihrer Komponenten, deren Qualität und Ausdrucksform oder hinsichtlich des Gesamtbildes. Unter dieser Abnormalität oder Psychopathie leidet der Patient oder andere haben darunter zu leiden, und es ergeben sich nachteilige Folgen für das Individuum oder die Gesellschaft" (Diagnoseschlüssel 1975, S. 53).

Mit den neun Untertypen dieser internationalen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen sind die sechs "typischen Grundhaltungen" von Annemarie DÜHRSEN nicht schwer zu vergleichen. Da dieser Aspekt aber hier nicht von Interesse ist, können wir hierauf verzichten. Wir wollen lediglich festhalten, daß die analytische Psychotherapie für (Kinder und) Jugendliche auch persönlichkeitspezifische Besonderheiten von Jugendlichen zu berücksichtigen versucht. Ob die vorgeschlagene Liste von "typischen Grundhaltungen" für die Beratung und Psychotherapie von Jugendlichen von Nutzen sein kann, ist jedoch nicht nur eine theoretische Frage, sondern auch eine praktische, die durch die konkrete Tätigkeit von Jugendberatern sich beant-

werten läßt. Wenn jedoch persönlichkeitspezifische Eigenheiten der jugendlichen Ratsuchenden bei der Technik der Psychotherapie/Beratung in Rechnung gestellt werden sollen, dann ist eine "rein additive Aufzählung" einiger Persönlichkeitseigenschaften oder sogenannter Einstellungen zum Leben sehr wahrscheinlich nicht ausreichend. Vielmehr müßten die wesentlichen Besonderheiten der ratsuchenden Jugendlichen herausgearbeitet werden, um eine spezifische Modifikation der Beratungstechnik entwickeln zu können.

Regel der "analytisch orientierten Stellungnahmen". Als zweite Deutungs- oder Interpretationsregel von Annemarie DÜHRSEN haben wir die Therapeutenempfehlung der "analytisch orientierten Stellungnahmen" herausgehoben. (39) Sie unterscheidet zwei verschiedene Arten von Therapeutendeutungen, nämlich die "analytisch orientierten Stellungnahmen" und die "direkten analytischen Interpretationen" (vgl. Dührssen 1960, S. 340). Ausführlich begründet sie die Differenz dieser beiden Arten nicht. In zwei Sätzen geht sie nur auf die ersteren ein und stellt ihnen die "viel diskutierten analytischen Deutungen" gegenüber:

"Wir lenken den therapeutischen Prozeß in beträchtlichem Ausmaß mit Hilfe unserer STELLUNGNAHMEN, die wir dem jugendlichen Patienten zu seinen Meinungsäußerungen, Selbstschilderungen, Handlungen oder Plänen anbieten. Wenn man so will, sind diese ANALYTISCH ORIENTIERTEN STELLUNGNAHMEN (Herverhebung von W.K.) das wichtigste therapeutische Instrument, das wir im Vorfeld der direkten analytischen Interpretation benutzen. Seine sachkundige Handhabung will ebenso gelernt sein wie die Anwendung der viel diskutierten analytischen Deutungen" (Dührssen 1960, S. 340).

Ohne daß wir diesen kurzen Ausschnitt überinterpretieren wollen, trifft DÜHRSEN hiermit wesentliche Unterscheidungen zwischen Deutungen über das eigentliche "Feld" der analytischen Tätigkeit und über das "Vorfeld" derselben. Das unterscheidende Kriterium dieser zwei Arten von Deutungen scheint die "Lage" oder der topische Ort des zu Interpretierenden zu sein. Nach dem klassischen topischen Denkmodell von S. FREUD unterscheidet sie zwischen bewußten, verbewußten und "halbbewußten"

(vgl. Dührssen 1960, S. 340) und zwischen unbewußten "Erlebnisinhalten" (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 503 - 509). Sofern ein Erlebnisinhalt aus dem bewußten oder vorbewußten Bereich gedeutet wird, leistet der Analytiker noch keine eigentliche Interpretationsarbeit. (40)

In ihren drei Regeln über die "analytischen Interpretationen" empfiehlt Annemarie DÜHRSEN ein optimales Gesprächsverhalten des Jugendlichenpsychotherapeuten bei unbewußten Konflikten oder Problemen: erstens muß er die Bewußtseinsnähe des zu interpretierenden Erlebnisinhaltes berücksichtigen, zweitens den Leidensdruck und drittens soll er die verdrängten oder gehemmten Triebe nicht direkt ansprechen, sondern diese "Lücke" als eine positive und konstruktive Möglichkeit hervorheben (Trieb-Lücken-Regel).

Interpretationsregel über Bewußtseinsnähe. Der Zweck der direkten analytischen Interpretationen besteht in der Lösung unbewußter Konflikte des Jugendlichen. Durch die Deutungsarbeit des Analytikers werden die latenten Bedeutungen ins Bewußtsein gehoben, indem durch vollständiges Erinnern ein Aufheben der infantilen Amnesie stattfindet oder die Konstruktion des Analytikers als wahr akzeptiert wird (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 58 f. und S. 268 ff.). Je nach "Nähe" oder "Entfernung", "Abstand" der latenten Bedeutung eines Erlebnisinhaltes vom Unbewußten sollen die analytischen Interpretationen unterschiedlich formuliert werden:

"Dosierung und Form unserer interpretierenden Hinweise muß sich jedoch immer daran orientieren, ob wir es mit bewußtseinsnäheren oder bewußtseinsferneren seelischen Vorgängen zu tun haben" (Dührssen 1960, S. 338).

Diese Regel begründet sich also wiederum mit dem topischen Modell von bewußt-vorbewußt-unbewußt. Nach der Methodenlehre der klassischen Technik der Psychoanalyse müssen Deutungen analytischen Materials die verschiedenen stufenförmigen Ebenen der Bedeutungen berücksichtigen (Tiefe einer Deutung) (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 547).

Interpretationsregel bei Leidensdruck. Die Interpretationsregel bei Leidensdruck geht nicht primär von der Theorie der (Neo-)Psychoanalyse aus, sondern sie berücksichtigt die subjektive Verfassung oder den emotionalen Zustand des Analysanden im Zusammenhang mit seiner psychischen Erkrankung.

"Wir haben es in unserer Gesprächsführung immer verhältnismäßig leicht, wenn wir uns mit unseren Patienten über Probleme unterhalten, die von diesen selbst als LEIDVOLL erlebt werden. Das heißt also, wenn von Enttäuschungen die Rede ist, die dem Patienten durch das Schicksal zugemutet wurden, von Härten, die ihn getroffen haben, von Verlusten, die er erlitt. Größte Vorsicht müssen wir jedoch walten lassen, wenn wir in die Nähe jener Themen rücken, die für den Patienten vielleicht die Bedeutung einer sogenannten narzistischen Kränkung haben. Hier können direkte und vereilte Interpretationen sehr viel Schaden stiften" (Dührssen 1960, S. 338)

Der subjektiv empfundene Leidensdruck einer psychischen Erkrankung oder eines Konfliktes ist jedoch von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Annemarie DÜHRSEN betont nur bestimmte Momente der Lerngeschichte des Jugendlichen, indem sie in einem fiktiven Fallbeispiel berichtet, daß die Geschwisterkonstellation und Rollenverteilung in einer Familie zu einer Belastung für ein Kind wird.

Versuchen wir jedoch eine etwas allgemeinere Herausarbeitung der Momente, die die Größe und Stärke des erlebten Leidensdruckes einer psychischen Erkrankung beeinflussen, dann müssen neben individuellen und familiären Faktoren auch die Einflüsse der weiteren "Umwelt" des Jugendlichen berücksichtigt werden.

Auf den ersten Blick scheint die Größe des erlebten Leides einer psychischen Erkrankung von der Art der Erkrankung oder Diagnose abhängig zu sein. In der klassischen psychoanalytischen Krankheitslehre werden die beiden großen Gruppen der Neurosen (und Charakterneurosen) und Psychosen (oder narzistische Neurosen) unterschieden, neben den psychosomatischen Erkrankungen (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 325 - 329). Obwohl die Psychosen als schwere und die Neurosen als leichte Erkrankungen bezeichnet werden, lassen sich aufgrund dieser Beurteilung des "Gewichtes" der beiden Arten von psychischen Erkrankungen keine Angaben über die

Größe der subjektiv erlebten Beeinträchtigungen ableiten. Bestimmte Neurosen können nämlich so schwere Formen annehmen, daß in gleicher Weise wie bei psychotischen Erkrankungen in vielen Fällen eine Einweisung in geschlossene psychiatrische Institutionen notwendig erscheint.

Der entscheidende Faktor für das Ausmaß des Leidensdruckes scheint mit den Hilfsmöglichkeiten oder den Chancen für die Erhaltung einer Therapie gegeben zu sein. Vordergründig sind diese Heilungschancen von den Möglichkeiten des einzelnen psychisch Kranken abhängig. Sieht man jedoch den einzelnen kranken Jugendlichen und seine Familie nicht isoliert, sondern die gesamte weitere "Umwelt", dann ergeben sich gänzlich andere Abhängigkeiten.

Empirische Untersuchungen der Sozialpsychiatrie über die Häufigkeiten von leichten und schweren Erkrankungen bei Angehörigen verschiedener sozialer Schichten und die Art der Behandlung ergaben große Unterschiede (vgl. zum folgenden Gleiss u.a. 1973, S. 131 ff.). Zusammenfassend läßt sich bei Patienten der unteren sozialen Schichten eine größere Häufigkeit psychischer Erkrankungen und schwerer chronischer Erkrankungen nachweisen. Als Ursachen werden häufigere Zwangseinweisungen in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung angeführt oder eine diskriminierende Versorgung von Patienten unterer sozialer Schichten. Die unteren Schichten werden vor allem seltener durch psychotherapeutische Verfahren behandelt.

Unabhängig von der Frage nach den Ursachen für diese selektive Vergabe von Psychotherapie für die unteren Schichten müssen wir hieraus den Schluß ziehen, daß die Chancen für den Erhalt einer Psychotherapie je nach sozialer Schichtzugehörigkeit ungleich verteilt sind. Diese objektive Benachteiligung ganzer Gruppen der Bevölkerung wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch im subjektiven Erleben der Schwere einer psychischen Erkrankung niederschlagen. Entsprechend dürfen wir annehmen, daß der subjektiv erlebte Leidensdruck bei den unteren Schichten aufgrund der Benachteiligung in der psychotherapeutischen Versorgung eher größer sein wird.

In der Terminologie der klassischen Psychoanalyse lassen sich diese Ungleichheiten der psychischen Versorgung lediglich durch die Kategorie des (primären und) sekundären Krankheitsgewinns ausdrücken. Hierdurch werden wiederum lediglich motivationale Momente einer psychischen Erkrankung angesprochen, wodurch gesellschaftliche Faktoren nicht ins Blickfeld geraten.

Auch von Annemarie DÜHRSEN wird dieser Standpunkt der fast ausschließlichen Berücksichtigung von individuellen psychologischen Faktoren nicht verlassen, wenn sie in der Therapeutenregel über Leidensdruck empfiehlt, die motivationale Seite der Ungleichheiten im psychotherapeutischen Versorgungssystem anzusprechen. Daß dieses Moment im Gespräch mit dem Jugendlichen berücksichtigt werden soll, ist sicherlich richtig. Unzureichend ist nur die implizite Ausschließlichkeit dieser Regel. Das Ausblenden der objektiven Verursachungsmomente psychischen Leidens müßte von ihr genauer begründet werden.

Trieb-Lücken-Regel. Die Trieb-Lücken-Regel soll hier als letzte technische Empfehlung an den analytischen Jugendlichen-psychotherapeuten diskutiert werden, weil sie die wichtigste Vorschrift Annemarie DÜHRSENS ist und von der Terminologie her als eine gänzlich neue Technik erscheint.

Die Trieb-Lücken-Regel besagt, daß der Analytiker auf ganz spezifische Art und Weise von der "Lücke" oder Gehemmtheit her das therapeutische Gespräch beginnen soll, sofern er verdrängte Triebe oder Impulse ansprechen will:

"Sofern man im therapeutischen Gespräch auf verdrängte Triebe und Impulse abzielt, beginnt man von der Lücke her, das heißt bei der Gehemmtheit. Man bezieht sich keineswegs DIREKT auf den latenten Impuls (...)."

Etwas weiter oben sagt sie:

"Es ist wohl einleuchtend, daß wir uns bei allen Situationen, in denen unser Gespräch das Selbstgefühl des Patienten erschüttern könnte, immer und sehr ausdrücklich auf dessen positive und konstruktive innere Möglichkeit beziehen."

Verschiedene Krankheitssymptome bei Jugendlichen sollen so angesprochen werden:

Bei zwanghaften Mordimpulsen gegenüber den Eltern

"spräche man zunächst einmal von den starken Gefühlen der Anhänglichkeit den Angehörigen gegenüber und der Schwierigkeit, sich angesichts dieser Anhänglichkeit die eigene Selbstständigkeit zu bewahren. Ein Gleiches würde für verdrängte orale Impulse gelten. Man spräche von der verliegenden Bedürfnislosigkeit und nicht von der bereitliegenden, aber verdrängten Gier. Man spräche bei starker Verdrängung sexueller Impulse von der zugehörigen Scheu und Schüchternheit, aber man übt äußerste Vorsicht, wenn man auf die möglicherweise anklingenden sexuellen Impulse selbst hinzuweisen hat" (Dührssen 1960, S. 339 f.; vgl. auch S. 225).

Aufgrund dieser Erläuterungen scheint Annemarie DÜHRSEN mit dem Begriff "Lücke" nicht vorhandene Einsichten über die Gefühle und (An-)Triebe eines bestimmten Verhaltens oder Erlebens zu meinen. Die Trieb-Lücken-Regel empfiehlt somit dem Therapeuten, den Analysanden auf seine Gefühle und Triebe hinzuweisen, indem der Analytiker die gehemmten oder verdrängten Gefühle, Triebe nicht in einer negativen Formulierung anspricht, sondern seine Verbalisierung so wählt, daß die positiven oder konstruktiven inneren Möglichkeiten (DÜHRSEN) hervorgehoben werden.

Innerhalb der Gesprächspsychotherapie nimmt diese Therapeutenregel der Aufnahme der konstruktiven Aspekte eines emotionalen Konfliktes einen zentralen Stellenwert ein. ROGERS hat mit der Hereinnahme der phänomenologischen Methode in das psychotherapeutische Repertoire von heilungswirksamen Tätigkeiten genau dieser technischen Empfehlung der analytischen Jugendlichenpsychotherapie entsprechen. In der Therapeutenregel "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" wird der Psychotherapeut dazu verpflichtet, seine sprachlichen Formulierungen so auszuwählen, daß sie der inneren Welt des Klienten und den persönlich-emotionalen Inhalten des Erlebens des Klienten entsprechen (vgl. Tausch 1970, S. 81).

Bei Annemarie DÜHRSEN dagegen wird durch die Trieb-Lücken-Regel keineswegs die individuelle Eigenständigkeit der Erlebnisse und Erfahrungen eines Analysanden gewürdigt, sondern der Therapeut soll gleichsam den rhetorischen Kunstgriff der selektiven Verbalisierung gegenüber den positiven Aspekten der Motivationen anwenden. Dieser rhetorische Ausweg wird von

ihr deshalb gewählt, weil sie aufgrund ihrer Gebundenheit an die (neo-)psychoanalytische Trieblehre SCHULTZ-HENCKES keinen anderen Ausweg sieht und ferner, weil sie einer ganz spezifischen Auffassung über Ethik und moralischem Verhalten verhaftet ist.

Sie vertritt für den Analytiker andere ethische Forderungen als für den Analysanden, wenn sie ein und denselben Sachverhalt, nämlich eine "Lücke" oder ein Defizit im Verhalten oder Erleben, nach ihrer "Analytiker-Moral" als Negativum beurteilt, gegenüber dem Analysanden aber andere Moralvorstellungen gelten läßt und ein Defizit positiv hinstellt.

Für die hier zur Diskussion stehenden Fragen der "doppelten Moral" bei der Bewertung von verdrängten, gehemmten (An-)Trieben müssen wir im Auge behalten, daß die (Neo-)Psychoanalyse dem Menschen und Jugendlichen eine ganz bestimmte Art und Weise der Befriedigung seiner (An-)Triebe und Bedürfnisse zugesteht.

Die unterschiedlichen Moralvorstellungen der analytischen Psychotherapie bestehen darin, daß die Bewertungsmaßstäbe für die Befriedigung der (An-)Triebe von Jugendlichen (Kindern und Erwachsenen) sich am Maßstab der sogenannten reifen Sexualität und Aggressivität des Erwachsenen orientieren. Die Organisation der Sexualität soll - hier im ethischen Sinne verstanden - die höchste Entwicklungsstufe der Genitalität oder genitalen Sexualität erreichen, wobei den anderen Partialtrieben nur untergeordnete Funktionen und Befriedigungen als Vorlust erlaubt werden sollen.

Der Jugendlichentherapeut bewertet die verschiedenen Befriedigungsformen der Sexualität (und Aggression) auf zwei verschiedene Weisen, einmal explizit in einer Therapeutenverbalisierung oder analytischen Interpretation, Stellungnahme (DÜHRSEN), und zum anderen implizit, latent oder versteckt durch die sogenannten Konstruktionen. Die explizite Therapeuteninterpretation der "Lücke" verbalisiert einen verdrängten oder gehemmten (An-)Trieb durch Wörter vorwiegend aus der Umgangssprache, die mit positiven Konnotationen verbunden sind. Die implizite oder versteckte Konstruktion oder Interpretation

des (Jugendlichen-)Therapeuten dagegen enthält eine negative Beurteilung der sexuellen (und aggressiven) Befriedigungsformen oder Handlungsweisen des Jugendlichen als "unreif", weil sie nicht genitale Befriedigungen sind.

Die explizite Deutung eines verdrängten Triebes, einer "Lücke" soll nach Annemarie DÜHRSEN nur positive Ausprägungsformen von Gefühlen oder Trieben ansprechen. Ausgehend von der (neo-) psychoanalytischen Klassifikation der Gefühle, Motive oder (An-)Triebe, werden sämtliche Äußerungen des Jugendlichen in die entsprechenden Unterkategorien der aggressiven oder libidinösen Affekte, Gefühle oder Triebe eingeordnet, - "sofern man in therapeutischen Gespräch auf verdrängte Triebe und Impulse abzielt" (DÜHRSEN 1960, S. 339).

Als ein Beispiel werden von ihr jugendliche Gefühle der Aggression gegenüber den Eltern angeführt, die sie aber als Anhänglichkeit und Schwierigkeiten bei der eigenen Selbständigkeit "interpretiert". Wenn also ein Jugendlicher ein Verhalten gegenüber seinen Eltern zeigt, das "eigentlich" als Aggression bzw. "zwanghafter Mordimpuls" zu beurteilen ist, dann soll und darf der Therapeut dieses nicht explizit ansprechen, sondern muß in beschönigenden Formulierungen von "Anhänglichkeit" gegenüber der Mutter oder dem Vater sprechen. Der Therapeut soll also aggressive Handlungen oder Gefühle gegenüber anderen Menschen als eine Form der Zuwendung ansprechen.

In der Psychopathologie der sexuellen Perversionen mag die Sichtweise der Verknüpfung von Aggression und Sexualität ihren Sinn haben; sobald aber eine Verallgemeinerung von Erscheinungsformen der krankhaften Sexualität der "Prototypen" von Sadismus oder Masochismus auf andere Bereiche des menschlichen Zusammenlebens vorgenommen wird, müssen gefährliche Fehlurteile zustande kommen. Das Verhalten eines Jugendlichen gegenüber seinen Eltern muß einer sorgfältigen Analyse unterzogen werden, sofern es als "zwanghafter Mordimpuls" bezeichnet werden darf.

Annemarie DÜHRSEN belegt mit diesem Beispiel einer problematischen Beziehung eines Jugendlichen zu seinen Eltern, welche unsinnigen Verbalisierungen ein Jugendlichentherapeut konstruieren könnte, wenn er sich starr an die Klassifikation der Gefühle, Triebe und an die Trieb-Lücken-Regel der analytischen Psychotherapie hielte. Bereits durch die zweifelhafte Beurteilung eines Verhaltens als "zwanghafter Mordimpuls" wird die Schlußfolgerung suggeriert, der Psychotherapeut müßte jede Form eines konfliktträchtigen Verhaltens eines Jugendlichen gegenüber seinen Eltern als eine bestimmte Ausprägung von Aggression auffassen. Da die Triebkategorie der Aggression oder des Todestriebes bereits eine Vielzahl von Aussagen zur Genese, Erlebnisform und Befriedigung dieses Triebes enthält, lassen sich mißverständliche oder unsinnige Schlußfolgerungen nicht leicht vermeiden. Die gesamte (neo-)psychoanalytische Konzeption der Aggression ist somit für den Jugendlichentherapeut zum Leitfaden für sein therapeutisches Handeln geworden, wenn er diese Kategorie der Aggression in seine Diagnostik aufnimmt.

Die Diagnose einer bestimmten konfliktträchtigen Situation innerhalb einer Familie mit heranwachsenden Kindern sollte nicht von vornherein vom Psychotherapeuten allein kraft seiner fachlichen Kompetenz gestellt werden, sondern in einem gleichberechtigten Gespräch mit allen Beteiligten müßte der Psychotherapeut die Ursachen für die negativen Gefühle und Verhaltensweisen des Jugendlichen herausarbeiten, damit diese evtl. positiven oder zumindest relativ neutralen Gefühlen Platz machen können.

Die Zwangslage der "doppelten Moral" der Beurteilung von problematischem Verhalten eines Jugendlichen gegenüber seinen Eltern tritt nur dann nicht auf, wenn diese Situation nicht als aggressiv beurteilt wird. Sofern jedoch konkrete aggressive Verhaltensweisen i.w.S. vorkommen oder vorgekommen sind, muß der Jugendlichentherapeut sich hierzu verhalten.

Die hier angesprochene "doppelte Moral" des Psychotherapeuten muß sich ferner zwangsläufig aus der impliziten Auffassung

Annemarie DÜRRSENS über Ethik und Moral ergeben. Als gedankliche Leitvorstellung scheint der expliziten Therapeutenverbalisierung und der impliziten neo-psychoanalytischen Konstruktion oder Deutung die Konzeption einer Herren- und Knechtsmoral zugrundezuliegen bzw. einer doppelten Lehrmeister- und Schülermoral.

Die Herrenmoral der (Neo-)Psychoanalyse wird als eine zu verheimlichende und somit tabuisierte Moral mit absolutem Geltungsanspruch hingestellt, der gegenüber die Knechtsmoral als eine schönfärberische Fassade dargestellt wird. Der Knecht oder Abhängige, sei er Kind, Jugendlicher, Schüler oder anderes, wird dadurch in Abhängigkeit gehalten, daß er über die Motive, Gefühle und Bewertungsmaßstäbe der Moral der Herren nicht explizit unterrichtet (oder belehrt) wird, sondern eine "falsche" Aussage über die moralischen Prinzipien von wünschenswerten und unerwünschtem Verhalten (und Erleben) bekommt, die scheinbar allgemein für den Herrn und den Knecht Gültigkeit haben sollen.

An dem Beispiel der "zwanghaften Mordimpulse" eines Jugendlichen gegenüber seinen Eltern läßt sich die "doppelte Moral" für Herren und Knechte wiederum aufzeigen. Der jugendliche Knecht empfindet evtl. starke negative Gefühle gegenüber seinem Herrn. Nach der Knechtsmoral, die lediglich für ihn Geltung hat und keinesfalls für seinen Herrn, sind seine Gefühle ihm gegenüber - vom moralischen (Knechts-)Standpunkt der (Neo-)Psychoanalyse aus gesehen - als starke Antriebe oder Impulse zu bezeichnen, die sonst nur von einem psychisch kranken Menschen, einem Zwangskranken oder Zwangneurotiker, empfunden würden. Seine Gefühle gegenüber dem Herrn würden vom Aggressionstrieb gespeist oder hervorgerufen und zielten darauf ab, den Herrn zu vernichten oder zu töten.

Gesetzt den Fall, ein Jugendlicher habe tatsächlich geäußert, daß er seine Eltern aus bestimmten Motiven oder Gefühlen zu schädigen oder sogar zu töten wünsche, müßte doch sogleich die Frage beantwortet werden, warum er sie nicht bereits getötet hat oder aus welchen Gründen er diesen dringenden "Wunsch" verspürt.

Nach (neo-)psychoanalytischer Auffassung erfordert der (An-)Trieb, einen anderen Menschen zu töten, mit der Feststellung der "Ursache" dieses Motivs, die mit dem Aggressionstrieb gegeben ist, keinerlei weitere Aufklärung mehr.

Triebe sind angeborene dynamische und drängende menschliche Prozesse, die ihre Quelle in einem körperlichen Reiz oder Spannungszustand besitzen und darauf abzielen, den Spannungszustand aufzuheben (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 525 f.).

Mit der (realen oder imaginären, phantasierten) Ermordung der eigenen Mutter oder des eigenen Vaters wäre der Todestrieb befriedigt und der psychische Spannungszustand des Jugendlichen beendet.

Tatsächlich würde aber ein analytischer Psychotherapeut wahrscheinlich nie diese Aussage in diesem fiktiven Fall gegenüber einem Jugendlichen vorbringen. Als Analytiker beurteilt er die Verhaltensweisen und Motive eines Analysanden nach den gänzlich anderen Maßstäben der Herrenmoral, die über der Moral des Knechtes steht. Sofern nämlich ein Knecht seinem Herrn den Tod androht oder wünscht, ist dieser Knecht "in die Obhut" eines Dritten, des Analytikers zu übergeben, der diesen Knecht von seinen Todeswünschen gegenüber seinem Herrn "heilen" soll. Der Herr ist lediglich als ein passives Opfer der Todeswünsche seines Knechtes anzusehen. Der Herr darf sogar mit der scheinbar gleichen Begründung wie sein Knecht diesem den realen Tod oder einen äquivalenten Zustand der Unschädlichkeit in sogenannten Gefängnissen oder Heilanstalten androhen, nämlich aufgrund "seines" Todestriebes.

Die scheinbare Gleichheit der Motive von Herr und Knecht führt also zu gänzlich anderen Ergebnissen. Der Herr kann die Unverletzlichkeit seiner Person durch den Analytiker und andere "Hilfskräfte" weitgehend garantieren, während der Knecht seinen (An-)Trieb oder zwanghaften Mordimpuls "ablegen" muß.

Aus der Zirkelhaftigkeit dieser "doppelten Moral" der Beurteilung von Aggression bei Mächtigen und Abhängigen ist im Rahmen dieser motivationspsychologischen oder triebtheoreti-

schen Argumentation kein Ausweg denkbar. Da die (Neo-)Psychoanalyse aber menschliches Erleben und Verhalten durch angeborene Triebe "erklärt" oder verständlich machen will, kann diese Theorie nur die faktischen Zustände verschleiern.

Aus einer Vielzahl weiterer Gefühle aus den anderen Erlebnis- oder Antriebsbereichen ließe sich durch eine ähnliche Argumentation die Begrenztheit der psychoanalytischen Erklärungen menschlichen Erlebens und Verhaltens aufzeigen.

Wir wollen als zweiten Kritikpunkt an der Trieb-Lücken-Regel von Annemarie DÜHRSEN abschließend herausarbeiten, zu welchen Verkürzungen die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit Gefühlen oder (An-)Trieben von Menschen greifen muß, wenn sie die Vielfalt menschlicher Motive lediglich mit den (An-)Triebsbegriffen der (Neo-)Psychoanalyse erfassen will. Die große Bedeutung der Therapeutenregel über die Interpretation von "Lücken" für die Rekonstruktion der Technik von verbalen Methoden der Psychotherapie wird besonders durch einen Vergleich der verschiedenen Methoden deutlich, die hauptsächlich aus Gesprächen oder Dialogen von Therapeut und Klient bestehen. Neben der verbalen Psychotherapiemethode der Psychoanalyse soll unten die ebenfalls in Dialogform ablaufende Methode der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie vorgestellt werden.

Bereits im Vorgriff auf die verbalen Techniken dieser Psychotherapieschule läßt sich feststellen, daß die wesentliche Therapeutenvorschrift der Gesprächspsychotherapie in wichtigen Merkmalen ähnlich ist wie die Trieb-Lücken-Regel der analytischen Psychotherapie. Diese Therapeutenregel der Gesprächspsychotherapie heißt allgemein "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" oder "einführendes Verständnis". Sie empfiehlt oder fordert eine selektive Herausarbeitung der Gefühle, Emotionen oder (An-)Triebe aus den Äußerungen des Analysanden oder Klienten. (41)

Während jedoch die Gesprächspsychotherapie keinerlei zwingende theoretische Annahme über die "richtige" Motivations- oder

Gefühlspsychologie voraussetzt und somit relativ offen für verschiedene Auffassungen über die Aufgaben, Genese und Klassifikation u.a. von Gefühlen, Emotionen oder (An-)Trieben geblieben ist, hat die analytische Psychotherapie der SCHULTZ-HENCKE-Schule ein detailliertes System der Motivationen und Antriebe des Menschen entwickelt, welches die Therapeutenverbalisierungen nach der Trieb-Lücken-Regel auf die ganz spezifische "Sprache" dieser Antriebslehre festlegt.

Wie wir bereits weiter oben festgestellt hatten, fußt die Antriebslehre dieser neopsychoanalytischen Tochtterschule der Psychotherapie in wichtigen Punkten auf der klassischen Trieb- lehre Sigmund FREUDs, geht jedoch in der für unsere Problem- stellung im Vordergrund stehenden Frage der Verbalisierung und Klassifikation von (An-)Trieben über diese Trieblehre hinaus. Die an dem "Modell" des Sexualtriebes entwickelte klassische Trieblehre wird von der SCHULTZ-HENCKE-Schule mit der scheinbar vernichtenden Bewertung als "Pan-Sexualismus" abgelehnt.

Wir wollen uns hier auf einige Aspekte der Rekonstruktion der Auseinandersetzung von H. SCHULTZ-HENCKE mit S. FREUD über die (An-)Triebe des Menschen beschränken. Die Bedeutsamkeit der Trieb- bzw. Antriebslehre für die Psychotherapie und Be- ratung soll jedoch nicht über das bisher hierzu Gesagte be- gründet werden, sondern wir werden wiederum den technischen Aspekt der Regelung des Therapeutenverhaltens im Mittelpunkt unserer Argumentation belassen. Mit der Empfehlung Annemarie DÜHRSSENS über die analytischen Interpretationen von "Lücken" im Bewußtsein Jugendlicher wird der wichtige Gesichtspunkt der Wirkung von Gefühlen oder (An-)Trieben für die psychi- sche Gesundheit herausgestellt. Die Gesprächspsychotherapie räumt den Gefühlen von psychisch Gestörten oder Erkrankten ebenfalls zentralen Stellenwert ein.

2.5.2 Kritik der SCHULTZ-HENCKE-Schule an der klassischen Trieblehre Sigmund FREUDs

Die Geschichte der Antriebslehre SCHULTZ-HENCKES lässt sich nur verstehen, wenn wir diejenigen Motivationstheorien heranziehen, mit denen er sich auseinandergesetzt hat. In den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts hatten vor allem S. FREUD und L. KLAGES eigene Motivationstheorien entwickelt, von denen die FREUDianische Konzeption sich bis heute als "herrschende" oder weitgehend akzeptierte Auffassung unter den psychoanalytischen Psychotherapeuten, Psychiatern und anderen helfenden Berufen, speziell den Beratungsberufen durchgesetzt hat. Trotz einiger Abschwächungen der stark biologisch oder somatisch ausgerichteten Motivationspsychologie FREUDs wird z.B. in dem neuen Standardlexikon und Handbuch der Familien- und Lebensberatung, herausgegeben von S. KEIL, überwiegend die psychoanalytische Theorie der Motivationen fast allen Abhandlungen über Probleme der Motivation, Gefühle oder Emotionen, der Bedürfnisse und Triebe des Menschen zugrundegelegt (vgl. Keil 1975). Die heute weniger bekannte Theorie der Triebantriebe oder Antriebe von L. KLAGES hat sich nur in den wichtigsten Kategorien der Antriebslehre von SCHULTZ-HENCKE und seinen Schüler erhalten, u.a. auch bei Annemarie DÜHRSEN. Die Begriffe Antrieb, Hemmung und Steuerung bzw. Steuerungsfähigkeit nehmen im Gegensatz zur FREUDSCHEN Theorie in der SCHULTZ-HENCKE-Schule den Platz ein, der in der klassischen Psychoanalyse von Trieb, Hemmung (als Ich-Funktion) oder Verdrängung eingenommen wird (vgl. zum folgenden auch Thomä 1963/64).

Obwohl die zentralen Begriffe in den Motivations- oder Gefühlstheorien von SCHULTZ-HENCKE und FREUD nicht die gleichen sind, unterscheiden beide sich in den grundlegenden Vorstellungen hierzu nicht sehr. Einige andere Tochtterschulen der Psychoanalyse haben sehr viel radikalere Veränderungen an der Trieblehre FREUDs vorgenommen. Als entscheidender Kritikpunkt wurde von vielen Gründern neuer Tochtterschulen der Psychoanalyse immer wieder die Konzeption des Sexualtriebes

und der Libido einer Revision unterzogen, indem FREUD der Vorwurf des Pan-Sexualismus gemacht wurde.

Die Kritik von SCHULTZ-HENCKE an der Trieblehre FREUDs stimmt scheinbar mit vielen anderen "Häretikern" der Psychoanalyse überein; die wesentlichen theoretischen Prämissen seiner "neuen" Trieblehre sind aber von der FREUDschen Konzeption nicht sehr verschieden.

Zur Zeit der Herrschaft des Faschismus in Deutschland wurde bekanntlich die orthodoxe oder klassische Psychoanalyse verboten. SCHULTZ-HENCKE hatte bereits zwei Jahre vor der Machtübernahme der NSDAP die Grundzüge seiner Kritik an der Trieblehre FREUDs veröffentlicht.

"Durch die Freudsche Psychoanalyse ist die genitale Sexualität zunächst einmal stark in den Vordergrund geschoben worden, denn es waren ursprünglich in erster Linie genitale Impulse, deren Vorhandensein beim Patienten vermißt wurden und deren Auftreten sich im Laufe der Analyse ergab. Sehr bald wurden mit diesen Genitalimpulsen verknüpft aggressive gefunden, also ein zweites Gebiet, das im Laufe der Forschung eine immer mehr zunehmende Selbständigkeit erwarb. Zu diesen beiden Gruppen von Impulsen gesellten sich weiterhin die des Besitzwillens. In der psychoanalytischen Terminologie wurden dann alle drei Gruppen, unter Erweiterung des Begriffes sexuell, als sexuelle Triebtendenzen zusammengefaßt" (Schultz-Hencke 1931; zit. n. Thomä 1963/64, S. 56).

Diese Darstellung der geschichtlichen Entstehung der FREUDschen Trieblehre stimmt mit den neueren Forschungen z.B. von LAPLANCHE/PONTALIS (1975, Bd. 2, S. 525) oder NAGERA (1976, S. 17 f.) nicht überein. SCHULTZ-HENCKE ist lediglich in dem Punkte zuzustimmen, daß FREUD im Laufe seines Lebens zwei verschiedene Triebtheorien entwickelt hat, zunächst die Motivationstheorie der Sexualtriebe und Ich- oder Selbsterhaltungstribe und später die Konzeption der Lebens- und Todes- oder Aggressionstribe. Falsch wäre es jedoch, FREUD so etwas wie einen Besitztrieb oder "Besitzwillen" zu unter-schieben. Als dritte Triebart hat dieser "Trieb" nie gleichberechtigt neben den anderen gestanden. Genausowenig ist von FREUD der Aggressionstrieb unter "sexuellen Triebtendenzen zusammengefaßt" worden. Die Anerkennung der Aggression als

eines eigenständigen Triebes hat FREUD spätestens seit der "Wende von 1920" ausgesprochen. Unter dem Eindruck des Ersten Weltkrieges konnte er sich anscheinend keine anderen Erklärungen für die brutalen und vernichtenden Kräfte des entfesselten Krieges vorstellen, so daß er zur Konzeption des Todes- oder Aggressionstriebes griff.

2.5.2.1 Die Antriebslehren von SCHULTZ-HENCKE und Annemarie DÜHRSEN

SCHULTZ-HENCKE hatte in seiner Antriebslehre die grundlegenden Vorstellungen der FREUDschen Trieblehre bereits aufgegeben, als er 1927 die obige Darstellung dieser Theorie abgab.

Das durchgehende Prinzip der Motivationspsychologie oder Trieblehre Sigmund FREUDs besteht in der somatischen oder physiologischen "Verankerung" der einzelnen Triebe. Jede Triebart hat nach FREUD eine somatische Triebquelle, die als innerer Ursprung spezifisch für jede Triebart sein soll. In der "Einführung in die Psychoanalyse" wird von SCHULTZ-HENCKE (1927) von diesem Prinzip bereits abgewichen. Hier legt er eine eigene Klassifikation kindlicher Motivationen vor, die aus einem Katalog von sieben "kindlichen Wunschgebieten" besteht. Ungefähr dreißig Jahre später hat seine Schülerin aus diesem Katalog eine Motivationsart herausgestrichen und andere ergänzt. Bei SCHULTZ-HENCKE ist das Prinzip der somatischen Verankerung der Triebarten noch erkennbar. Er unterscheidet diese sieben verschiedenen "kindlichen Wunschgebiete":

- "1. Orale Wünsche, die irgendwie mit dem Mund (es) zusammenhängen, u.a. mit Saugen und Entwöhnung;
2. Intentionale Wünsche, die mit der Gegenstandsfindung, dem Aufbau der Welt etwas zu tun haben;
3. epidermale Wünsche, die das Gebiet der Zärtlichkeit vertreten; hinzu kommen die intestinalen, die sich mit dem Inneren des Leibes und seinen Gefühlen befassen; eine Linie zum Masochismus;
4. anale Wünsche, die mit dem after (anus) und Kot zusammenhängen, mit dem, was man hergeben soll und oft hergeben möchte;
5. urethrale Wünsche, die sich auf Harnröhre (urethra) und das Urinieren beziehen, die ebenfalls mit dem äußeren

Zwang zur Sauberkeit zusammenhängen;

6. manuelle Wünsche, die sich im Spiel zunächst destruktiv-motorisch, dann kompositorisch äußern, zum Teil in Form einer allmählichen Gewöhnung an die zweite Art der Betätigung; eine Linie zum Sadismus;
7. genitale Wünsche, die ja wohl am geradlinigsten bezeichnet sind."

(Schultz-Hencke 1927; zit. n. Thomä 1963/64, S. 52 f.)

Mit einer einzigen Ausnahme läßt sich jeder einzelnen Motivationsart eine somatische Triebquelle zuordnen, nämlich: Mund, Haut, innere Organe oder "intestinale" Triebquellen After, Harnröhre, Hände und Genitalien.

SCHULTZ-HENCKE selbst nimmt diese Zuordnung von "kindlichen Wunschgebieten" zu bestimmten somatischen Quellen zwar noch vor, indem er aber diese verschiedenen Organe oder Körperteile einfach als Triebquellen aneinanderreihet, ohne das FREUDsche Prinzip streng beizubehalten, erweckt seine Motivationsklassifikation den Eindruck der Beliebigkeit. Für einen über die klassische Trieblehre nicht gut unterrichteten Leser muß dieser siebenteilige Triebkatalog als eine zwar ungewöhnlich formulierte, aber doch "psychoanalytisch aussehende" Weiterentwicklung der FREUDschen Trieblehre erscheinen.

In dem bekannten Standardlehrbuch von D. WYSS (1970) über die verschiedenen Tochterschulen der Psychoanalyse wird die Klassifikation der verschiedenen Motivationsarten von SCHULTZ-HENCKE als ein sechsteiliger Katalog vorgestellt (vgl. auch Wyss 1977, S. 933 f.). Hiernach zähle er zu den wenigen Neopsychoanalytikern, denen es gelungen sei, ihre Ansichten in systematisch abschließender Form darzustellen, hiermit habe er sich als einen der wichtigsten Vertreter der neoanalytischen Richtungen ausgewiesen (vgl. Wyss 1977, S. 932). Neben der speziellen Neurosenlehre hält WYSS die Klassifikation der Motivationen von SCHULTZ-HENCKE für eine gelungene Systematik, in der die folgenden sechs "Antriebsarten" unterschieden werden:

- 1.) Das intentionale Antriebsleben oder die geistigen Bedürfnisse und die "Neu-Gier".
- 2.) Das kaptative, orale Antriebserleben; beim Kind ein primitives "Haben-Wollen".

- 3.) Das re-tentive, anale Antriebserleben mit den Tendenzen des Kleinkindes, im Verlauf der Reinalichkeitserziehung den Kot einzubehalten und somit ein "Festhalten-Wellen".
- 4.) Das aggressive, geltungsstrebige Antriebserleben als meteorisches (muskuläres) Entladungsbedürfnis.
- 5.) Das urethrale Antriebserleben als Drang zum Urinieren oder "Pinkeln".
- 6.) Das liebende Antriebserleben oder Zärtlichkeitsbedürfnis (auch Eros genannt) sowie der hiervon unterschiedene Antrieb der Sexualität (vgl. Wyss 1977, S. 933 f.).

Diese Klassifikation der Liste von menschlichen (An-)Trieben wird von Annemarie DÜHRSEN, der Schülerin SCHULTZ-HEWCKES, für die Zwecke einer allgemeinen Neurosenlehre zu einem Katalog von Gehemtheiten umsortiert. Das retentiv-anale und das urethrale Antriebserleben des Defäkierens und Urinierens werden zusammengezogen zur "retentiven Gehemtheit" und das Zärtlichkeitsbedürfnis und die Sexualität erhalten den Status einer eigenständigen Antriebsqualität.

In ihrem späteren Werk über die "Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (1960) wird diese Triebklassifikation wiederum neu geordnet. Innerhalb der Kindertherapie (und wahrscheinlich auch der Jugendlichenanalyse) soll angeblich der Stellenwert der verschiedenen Antriebe aufgrund moralischer oder ethischer Maßstäbe eine andere Rangreihe erfordern. Annemarie DÜHRSEN hebt jedoch nur auf eine angeblich selbstverständliche und häufig anzutreffende WERTHIERARCHIE DES UMGEBENDEN KOLLEKTIVS ab und die damit anscheinend irgendwie gekoppelte emotionale Bedeutung der Antriebsarten.

Der wichtigste Grundsatz, den wir zum Leitfaden unseres therapeutischen Verhaltens machen müßten, sei der, daß wir an der WERTHIERARCHIE DES UMGEBENDEN KOLLEKTIVS, in der das Kind lebe, nicht vorbeikämen. Die Impuls- und Triebqualitäten gibt sie deshalb in einer Anordnung wieder, die uns einen gewissen Überblick über den emotionalen Stellenwert dieser Impulse vermittele:

"Intentionale Beziehung zur Umwelt
 Zärtlichkeit und liebevolle Impulse
 Oralität
 Retentive Haltungen
 Motorische Aktivität
 Aggressionen
 Geltungsbedürfnisse
 Anale Impulse
 Sexualität.

Diese Anordnung spricht wohl so, wie sie gewählt wurde, in mancher Hinsicht für sich selbst. Sie beinhaltet die Wert-hierarchie, der sich die Kinder oft gegenübersehen und die wir berücksichtigen müssen, sofern es in der Therapie um die direkte Betätigung dieser Impulse geht" (Dührssen 1960, S. 265).

Die strukturierenden Prinzipien dieser Triebhierarchie bestehen einmal in der Antriebslehre ihres Lehrers SCHULTZ-HENCKE und zum anderen in der angeblich häufig anzutreffenden gültigen Moralauffassung eines uns irgendwie "umgebenden Kollektivs".

Die Antriebslehre SCHULTZ-HENCKES wird von Annemarie DÜHRSEN durch die Erfindung zweier scheinbar neuer Antriebsarten ergänzt. Den sechsteiligen Motivationskatalog erweitert sie auf neun verschiedene Antriebe.

Aus dem retentiv-analen Antrieb werden zwei verschiedene Antriebe, nämlich die "retentiven Haltungen" und "analen Impulse". Statt jedoch beide Motivationsarten mit dem Begriff Antrieb zu bezeichnen, nennt sie die eine Art "Haltungen". SCHULTZ-HENCKE versteht jedoch "Haltungen" nicht im sozial-psychologischen Sinne von Einstellungen oder Attitüden, sondern sie werden motivationspsychologisch gesehen. Haltungen seien Sprengstücke des Unbewußten oder "Antriebsresiduen", die in der Form von Gefühlstönen eine zwar verhüllte, aber jäh und intensive Wirkung entfalteten (vgl. Schultz-Hencke 1940, S. 63 und ders. 1951, S. 80; zit. n. Thomä 1963/64, S. 119). Wir dürfen also unter "retentiven Haltungen" retentive Antriebe verstehen.

Mit den Antriebsarten der aggressiven, geltungsstrebigen Antriebe, welche sich als motorisches Entladungsbedürfnis äußern (vgl. Wyss 1977, S. 933), verfährt Annemarie DÜHRSEN genauso wie mit den retentiv-analen Antrieben: Die einzelnen begrifflichen Bestandteile erhalten den Status einer selbst-

ständigen Antriebsart, wodurch drei neue Antriebsarten entstanden sind, nämlich motorische Aktivität, Aggressionen und Geltungsbedürfnisse. Die letzte Antriebsart ist jedoch keineswegs eine Erfindung von Annemarie DÜHRSEN, sondern wiederum eine Anleihe bei ihrem Lehrer SCHULTZ-HENCKE. Neben dem Lebens- und Sexualtrieb gehöre nämlich der Geltungstrieb oder der gesunde Selbstdurchsetzungswille nach Beachtung, Anerkennung, Lob und Ehre zu den drei grundlegenden Antrieben des Menschen (vgl. Peters 1974, S. 172).

Unter verschiedenen anderen Namen taucht der Geltungstrieb auch in mehreren anderen Schulen der Psychotherapie und der Klinischen Psychologie wieder auf. So postuliert die Gesprächspsychotherapie der existentialistischen und humanistischen Psychologie von C.R. ROGERS eine angeborene Tendenz zur Selbstverwirklichung oder eine Tendenz zur Selbstwertschätzung. In der Verhaltenstherapie werden unterschiedliche Ausprägungsgrade des "Geltungsbedürfnisses" als individuelle Differenzen in der Toleranz von verzögerter Verstärkung und von Lösungsplänen aufgefaßt (WALLACE) oder als verschiedene Grade der Konditionierbarkeit durch soziale Verstärkung (WILLIAMS) (vgl. Bayer 1974, S. 258 ff.).

Vergleichen wir diese neunteilige Antriebshierarchie Annemarie DÜHRSENS mit der klassischen Trieblehre Sigmund FREUDs, dann stellen wir zwar einige Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Antriebsarten und den Partialtrieben fest, das grundlegende Prinzip der somatischen Anbindung von Trieben ist aber hier fast vollständig aufgegeben. Für die Mehrzahl der Antriebsarten ließen sich zwar noch somatische Triebquellen finden, aber diese wertorientierte Antriebshierarchie ist nicht mehr nach dem genetischen Prinzip der zeitlichen Aufeinanderfolge der vorherrschenden erregten Zonen in der psychosexuellen Entwicklung aufgebaut. Diese neopsychoanalytische Antriebshierarchie läßt sogar beim Leser den Eindruck entstehen, als habe das Prinzip der somatischen Anbindung von Motivationsarten innerhalb "der Psychoanalyse" nie bestanden.

Das strukturierende Prinzip dieser neopsychoanalytischen Antriebshierarchie ist kein human-biologisches oder sexualgenetisches, sondern ein sozialwissenschaftliches oder gesellschaftliches Prinzip. Ausgehend von der Neuresenlehre und Motivationspsychologie der Neopsychoanalyse greift Annemarie DÜHRSEN hiermit einen neuen Aspekt auf, der für die Technik der Psychotherapie und Beratung (von Jugendlichen) von einigem Nutzen sein kann. Zweifellos werden nämlich die verschiedenen Motivationen oder (An-)Triebe durch gesellschaftliche Gruppierungen unterschiedlich bewertet. Eine Hierarchisierung der (An-)Triebe nach den moralischen Bewertungen dieser Gruppen zeigt, daß Motivationen keineswegs nur als persönliche oder individuelle Vorgänge angesehen werden können, sondern auch gesellschaftlichen Einflüssen unterliegen. Obwohl Annemarie DÜHRSEN das entsprechende Prinzip der Hierarchisierung weder empirisch noch theoretisch belegt, sondern lediglich eine Abhängigkeit des psychotherapeutischen Handelns bei der analytischen Interpretation (von Antriebslücken) von ethischen Normen konstatiert, dürfen wir die Erwähnung der Abhängigkeit von gesellschaftlichen Verhältnissen bereits als einen Fortschritt ansehen.

Unbefriedigend bleibt jedoch die knappe Begründung dieser gesellschaftlich vermittelten Hierarchie von Antrieben. Annemarie DÜHRSEN stellt lediglich fest, daß diese Anordnung für sich selbst spreche, ohne genauere Belege für diese Antriebshierarchie vorzulegen. Sofern sie hiermit eine empirische Aussage machen wollte, hätte sie die zugrundeliegenden empirischen Daten aus eventuell eigenen Beobachtungen vorlegen müssen. Da diese Daten anscheinend nicht existieren, bleibt ihr Vorschlag eine Hypothese. Aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen mag die Anordnung der Antriebe in dieser Reihenfolge eine gewisse Selbstverständlichkeit besitzen, aufgrund empirischer Erhebungen über Moral und Motivationen von Jugendlichen läßt sich jedoch vermuten, daß die Motivationshierarchie von Annemarie DÜHRSEN keineswegs so häufig anzutreffen ist.

Sozialstatistische Erhebungen oder Befragungen würden zwar empirische Aussagen über die moralischen Bewertungen der Motivationen erlauben, die evtl. nach verschiedenen Gruppen oder sozialen Schichten differenziert werden könnten. Damit lägen aber nur Angaben über verschiedene Häufigkeiten von moralischen Bewertungen vor. Die Brauchbarkeit dieser empirischen Aussagen für die Jugendlichenpsychotherapie erscheint uns jedoch relativ gering. Der ratsuchende Jugendliche in einer Jugendberatungsstelle ist nämlich kein "Durchschnittsjugendlicher" mit "durchschnittlichen" moralischen Ansichten und Meinungen über Antriebe oder Motivationen, sondern eine ganz bestimmte Persönlichkeit mit einer individuellen Lerngeschichte, aus einem ganz bestimmten Milieu herkommend, mit ganz persönlichen Schwierigkeiten. Scheinbar häufig anzutreffende oder für sich selbst sprechende moralische Hierarchisierungen von Motivationen sind nur fiktive Gedankengebilde, denen eine konkrete Vielfalt moralischer Bewertungsprozesse junger Menschen gegenübersteht. Diese konkrete Vielfalt moralischer Bewertungen Jugendlicher über motivationale Prozesse muß der Jugendlichenpsychotherapeut in das Kalkül seiner Handlungen einbeziehen, indem er die Persönlichkeit des einzelnen Jugendlichen in ihrer Eigenständigkeit berücksichtigt. Statistische Angaben über die Verbreitung entsprechender Ansichten können zwar eine erste Orientierung geben, jeder einzelne Jugendliche muß aber mit seinen individuellen Meinungen die Aufmerksamkeit des Therapeuten erwarten dürfen.

In der Verhaltenstherapie z.B. werden bei der Technik der systematischen Desensibilisierung emotionale Prozesse und moralische Bewertungen jeweils in ihrer individualspezifischen Eigenart aufgegriffen. Wenn wir die Motivationshierarchie von Annemarie DÜHRSEN als eine Angsthierarchie innerhalb der verhaltenstherapeutischen Behandlung durch systematische Desensibilisierung auffassen, dann ließe sich mit dieser Hierarchie zwar keine Behandlung von Ängsten durchführen, weil nämlich verschiedene Motivationsarten angesprochen sind, aber ein wichtiger Aspekt dieser Antriebshierarchie wäre hiermit

sicherlich getroffen.

Die verschiedenen Motivationen (und Gefühle) sind für jeden einzelnen Jugendlichen mit einer unterschiedlichen Ausprägung von Angst verbunden. Diese Aussage scheint tautologisch zu klingen, aber in der Sprache der neopsychoanalytischen Antriebslehre und der behavioristischen Verhaltenstherapie läßt sich der hier angesprochene Sachverhalt nur schwer in Worte fassen. Hier stehen aber nicht die unterschiedlichen Auffassungen der Neopsychoanalyse und Verhaltenstherapie über sämtliche motivationalen Probleme zur Diskussion, sondern lediglich die verschiedenen methodischen Vorgehensweisen beider Schulen bei Motivationsproblemen. Die Neopsychoanalyse regelt durch die Trieb-Lücken-Regel die Verbalisierungen des Psychotherapeuten, indem sie dem Therapeuten eine ganz spezifische Versprachlichung und gleichzeitige Erklärung von Motivationsproblemen verschreibt, wohingegen die Verhaltenstherapie die therapiebedürftigen Motivationen, z.B. die Stärke der Angst verändern will. Ob die Neopsychoanalyse nicht auch eine Veränderungsabsicht unausgesprochen ins Auge faßt, soll hier nicht weiter untersucht werden, denn hierüber müßte ein Neopsychoanalytiker sich selbst Rechenschaft ablegen können.

Die Neopsychoanalyse Annemarie DÜHRSSENS bearbeitet durch sogenannte analytische Interpretationen oder Deutungen die Ursachen der neurotischen Störungen von Jugendlichen. Nach der Neurosenlehre ihres Lehrers SCHULTZ-HENCKE würden Neurosen durch Hemmung oder Verdrängung von Antrieben verursacht. Da die unterschiedlichen Antriebsarten verschiedenen moralischen Bewertungen unterlägen, müsse der Analytiker mit diesen moralischen Einflüssen rechnen. Annemarie DÜHRSEN glaubt, eine feststehende Reihenfolge der Antriebe angeben zu können, in der anscheinend diese verschiedenen Antriebsarten von Jugendlichen im psychotherapeutischen Gespräch vorgebracht würden. Nach ihrer Meinung sprächen Jugendliche ohne große Hemmungen über intentionale, zärtliche und schließlich orale Antriebe; sehr viel schwerer sollen Jugendliche dagegen über Geltungsbedürfnisse und anale Antriebe sprechen können,

und die größten Hemmungen hätten sie bei sexuellen Antrieben.

Nach der hier zur Diskussion stehenden technischen Verschrift für die Verbalisierungen des Therapeuten, der Trieb-Lücken-Regel, dürfte ein Analytiker damit rechnen, daß die verschiedenen Antriebsarten in der Reihenfolge der entsprechenden Antriebshierarchie im psychotherapeutischen Gespräch anstehen.

Welche neurotischen Störungen durch eine Hemmung der einzelnen Antriebsarten entstehen würden, soll als letzter Punkt der Technik der Neopsychoanalyse von Annemarie DÜHRSEN diskutiert werden, wobei wir in der Reihenfolge der Antriebshierarchie vorgehen werden.

2.5.2.2 Theorie der Gehemmtheiten der einzelnen neo-psychoanalytischen Antriebsarten

1.) Das intentionale Antriebserleben

Die Antriebsart des Intentionalen sei ein Grundzug des animalisch-menschlichen Daseins und träte schon beim Säugling als "Neu-Gier" auf, synonym ließe sich auch der Begriff emotionaler Zuwendung verwenden (vgl. Wyss 1977, S. 933).

In der nicht-psychoanalytischen Motivationspsychologie wurden für diesen intentionalen Antrieb in der biologischen oder vergleichenden Verhaltensforschung auch die Begriffe Appetenzverhalten, Neugier, Erkundungstrieb, Neugiertrieb (BERLYNE) oder Erkenntnistrieb benutzt; gestützt auf Experimente an Menschen über "sensorische Deprivation" und "psychische Sättigung" durch monotone Tätigkeiten spricht man auch von Reizhunger oder dem Antrieb, ein mittleres Aktivitätsniveau zu erreichen (vgl. Graumann 1970, S. 30 - 35). In der sowjetischen Motivationspsychologie spricht man ebenfalls von Neugier, Neugierverhalten oder von Orientierungsreaktionen bzw. "Was-ist-das-Reflex" (PAWLOW) oder Orientierungstätigkeit (WYGOTSKI, LEONTJEW). Die sowjetische Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologin BOSHOWITSCH (1970, S. 140 ff.) pe-

stuliert als primäres Bedürfnis und instinktiv-biologische Grundlage für die Entwicklung des Kindes ein sogenanntes "Bedürfnis nach (neuen) Eindrücken", das beim Übergang von der Neugeborenenzeit zum Säuglingsalter entstehen soll. Dieses Bedürfnis wird sogar als Grundlage für die Entwicklung anderer sozialer Bedürfnisse hingestellt, speziell des Bedürfnisses nach sozialem Kontakt (WYGOTSKI).

Auch innerhalb der amerikanischen Schule der humanistischen Psychologie, zu der auch ROGERS als Vater der Gesprächspsychotherapie gerechnet wird, spielt der Begriff der Intentionalität eine wichtige Rolle. Nach BÜHLER/ALLEN (1973, S. 48) betont die humanistische Psychologie den intentionalen Aspekt des Menschen neben dem kreativen Aspekt als wesentliche Perspektive oder Ziele der menschlichen Existenz. Intentionalität sei eine Zuständigkeit des Menschen und sie schlosse, in einem größeren oder geringeren Maße, die Gesamtheit aller Orientierungen eines Menschen auf die Welt zu einer bestimmten Zeit ein (a.a.O., S. 50).

Wegen dieser Fülle von ähnlichen oder entsprechenden Begriffen anderer Motivationspsychologen dürfen wir wahrscheinlich das "Intentionale" oder die "allgemeine aktive Zuwendung überhaupt" von SCHULTZ-HENCKE als grundlegende Motivation des Menschen annehmen. Diese Motivationskategorie scheint von SCHULTZ-HENCKE richtig herausgearbeitet worden zu sein. Bei seiner Schülerin Annemarie DÜHRSEN erhalten die intentionalen Antriebe jedoch nicht die spezifische Bedeutsamkeit für ihre Neurosenlehre von Kindern und Jugendlichen wie bei ihrem Lehrer.

Die Stärke des "intentionalen Antriebes" hängt nach Annemarie DÜHRSEN zu einem Teil sicher von einer angeborenen Bereitschaft ab, zu einem anderen Teil könne diese Form der antriebshaften Reaktionsweisen sehr früh Schaden nehmen. Bei fehlenden Entwicklungsanreizen nähmen die Intentionen des Kindes ab, sich der Welt zuzuwenden. Die "intentionale Bezo-genheit" leide Not, und der "Aufforderungscharakter" der Welt sinke unerschwellig ab (vgl. Dührssen 1954, S. 39).

Das Wesen des intentionalen Antriebes besteht nach ihrer Meinung im GEISTIGEN ERLEBEN des Menschen, in den geistigen Bedürfnissen oder der Geistigkeit. Die Pflege geistiger Bedürfnisse gebe aber nur selten Anlaß zum Beginn neurotischer Fehlentwicklungen, deshalb sei es im Rahmen einer Neurosenpsychologie nicht notwendig, die Aufmerksamkeit um diesen Erlebnisbereich des Menschen zu zentrieren (vgl. a.a.O., S. 36). In ihrer allgemeinen Neurosenlehre erläutert sie an konkreten Beispielen, wie sich neurotische Geheimtheiten beim Kind in den verschiedenen Erlebnisbereichen ankündigen. Nach ihrer Meinung ließe sich die intentionale Geheimtheit jedoch ohne praktische Demonstration nur schwer in Worte fassen. Ob aber diese "Sprachschwierigkeiten" und "Wertfindungsstörungen" der Neopsychoanalytikerin Annemarie DÜHRSEN durch die Komplexität der von ihr als intentionale Geheimtheit bezeichneten Störungen verursacht oder lediglich auf die Unzulänglichkeit und Ungenauigkeit ihrer Spezialsprache zurückzuführen sind, darüber lassen sich nur Mutmaßungen anstellen.

An den beiden von ihr vorgestellten Beispielen von intentionalen Geheimtheiten lassen sich wahrscheinlich genauso gut die Mängel der neopsychoanalytischen Spezialsprache für komplizierte psychische Phänomene aus den Grenzbereichen von allgemeiner, klinischer und Sozialpsychologie aufzeigen. In ihrem ersten Fallbeispiel der sechsjährigen Inge bestünde die Hemmung des intentionalen Antriebes in Aufmerksamkeitsstörungen, falschen Arbeitstechniken in der Schule und in allgemeinen Leistungsstörungen. Annemarie DÜHRSEN berichtet von den Klagen der Mutter, daß Inge "sich in der Schule wie zu Hause verträumt und wie abwesend verhalte. Sie passe nicht auf, höre Aufträge nur halb und sehe 'den Wald vor lauter Bäumen nicht', wenn sie etwas suchen solle. Die Leistungen seien entsprechend schlecht. Inge wird sitzenbleiben" (Dührssen 1954, S. 63).

Obwohl diese Fallschilderung sehr kurz ist, läßt sich doch bereits hieran aufzeigen, daß die Erklärung dieser komplexen Störungen durch "intentionale Geheimtheit" zu kurzschlüssig

ist. Oben hatten wir bereits die verschiedenen psychischen Bereiche und Funktionen genannt, die von dieser Störung betroffen sind. Mit dem Begriff "intentionale Gehemmtheit" lassen sich wahrscheinlich eher die Ursachen für diese komplexen Probleme zudecken als präzise bezeichnen. Die Sprache der Neopsychoanalyse erlaubt nicht einmal eine genaue "Versprachlichung" der einzelnen Störungen. Da die Neopsychoanalyse nicht auf die Gesamtheit des Wissensfundus der allgemeinen und speziellen Psychologie zurückgreift, sondern lediglich mit ihrer unpräzisen Spezialsprache auszukommen versucht, müssen Störungen aus dem Leistungs- und kognitiven Bereich in der umfassenden Kategorie der "intentionalen Gehemmtheit" verbleiben.

Wenn man darüber hinaus die relativ große Anzahl von psychischen Störungen und Auffälligkeiten auflistet, die alle intentionale Lücken oder durch Hemmung des intentionalen Antriebes verursacht sein sollen, dann wird die Erklärungskraft oder Reichweite der wissenschaftlichen Aufhellung von psychischen Erkrankungen durch Sozialisationsdefizite in der motivationalen Entwicklung immer fragwürdiger.

Neben dem "Prototyp" der intentionalen Gehemmtheit als (schulischer) Leistungsstörung werden auch gegenteilige Verhaltensweisen und Erlebnisformen im Leistungs- oder Arbeitsbereich auf die gleiche "Ursache" der defizitären Befriedigung der intentionalen Bedürfnisse zurückgeführt. Als gegenteilige Reaktionen oder sogenannte Kompensationsversuche nennt Annemarie DÜHRSEN "neurotische Leistungsunwilligkeit" oder "neurotische Ehrgeizentwicklung" (vgl. Dührssen 1954, S. 138 - 146), ferner sogenannte Ersatzbefriedigungen in Form von "Bequemlichkeitshaltungen" oder "Tagträumereien" und "Wachphantasien" (vgl. a.a.O., S. 146 - 151).

Auch die Vielzahl der neurotischen Krankheitsformen der Verwahrlosung wie Eigentumsdelikte, Weglaufen, Lügen und Hochstapelei, ferner aggressive und sexuelle Verwahrlosung erklärt sie überwiegend durch intentionale Lücken.

Von den drei Ursachen, die sie für die verschiedenen Verwahrlosungssymptome aufführt, ließen sich zwei auf eine defiziti-

täre Entwicklung des intentionalen Antriebes zurückführen. Lediglich bei sogenannten "eingesprengten Verwöhnungen" durch die Erziehungspersonen in der frühen Kindheit und erlauben zusammen mit aggressiven Geheimtheiten rekurriert sie nicht auf die intentionalen Antriebe.

Die beiden anderen Verursachungen der verschiedenen neurotischen Verwahrlosungssymptome postulieren jeweils eine Hemmung im Bereich der intentionalen Motivationen. So hypostasiiert Annemarie DÜHRSEN erstens ein "angeborene(s) weitreichende(s) Kontaktbedürfnis des Menschen" oder ein "primäres Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Gemeinschaft und zwischenmenschlichem Kontakt auch über die einzelne Partnerwahl hinaus" (vgl. a.a.O., S. 152). Zweitens soll die "Beziehungsarmut zur gegenständlichen Welt" oder die "Verarmung der allgemeinen Interessiertheit" des Verwahrlosten eine Folgeerscheinung der intentionalen Geheimtheit sein (vgl. a.a.O., S. 153).

Diese beiden gänzlich verschiedenen Störungsbilder der Leistungs- oder Arbeitsstörungen und der Verwahrlosung werden aber keineswegs als die einzigen Folgen der defizitären Befriedigung der intentionalen Bedürfnisse im ersten Lebensjahr angesehen. Ungefähr ein halbes Dutzend weiterer Störungen will Annemarie DÜHRSEN mit Hemmungen der Intentionalität erklären.

Aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen oder Charakterneurosen soll der "schizoide Charakter" durch intentionale Hemmungen entstehen. Übereinstimmend mit der klassischen FREUDschen Theorie über die Psychogenese von Charakterneurosen, nimmt sie an, daß die verschiedenen Charakterneurosen durch Belastungen des Milieus oder durch Umweltschäden während einer ganz bestimmten Reifungsphase in der Säuglings- und Kleinkindzeit entstehen (vgl. a.a.O., S. 79).

Eine Extremform der intentionalen Geheimtheit sei der Säuglingshospitalismus, der sich beim Erwachsenen in der Charakterneurose des "schizoiden Charakters" auswirke. Als charakteristische Merkmale eines im Säuglingsalter hospitalisierten Kindes wird nach Annemarie DÜHRSEN von Adoptiveltern

oft angegeben,

"daß sie keinen Zugang erhalten zum Erleben des kleinen Wesens. Die Kinder wirken kontaktarm, kontaktscheu, evtl. sogar gemüthlos. Ihr Verhalten zeigt Lücken der Gefühlsbewegtheit, und ihre Kontaktnahme macht den Eindruck eines oberflächlichen Scheinkontaktes, der auf den Partner uneinfühlbar und unverständlich wirkt. Was anderen Kindern Freude macht, scheint diesen gestörten Kindern kaum etwas zu bedeuten. Der lebhaft Reichtum von Wünschen und Plänen, der sonst ein Kinderleben auszeichnet, scheint hier zu fehlen. Der Aufforderungscharakter der Welt ist herabgemindert" (Dührssen 1954, S. 82).

Wenn diese Kinder erwachsen seien, beschrieben sie ihr eigenes Erleben in ähnlichen Begriffen, wie ein Psychiater den sogenannten schizoiden Charakter oder die schizoide Persönlichkeitsstörung schildern würde.

Nach den Selbstbeobachtungen dieser als Säuglinge oder Kleinkinder hospitalisierten Erwachsenen erlebten sie die sie umgebende Welt zwar formal und hinsichtlich der sinnlichen Wahrnehmungen ebenso wie der nicht neurotische Nachbar. Aber dem Sinneseindruck fehle der volle, warme, bewegende, "auffordernde" Bedeutungsgehalt oder, wenn überhaupt, sei er mit negativen Gefühlstönen besetzt.

Nach Annemarie DÜHRSSENS Beobachtungen mache sich dieses beim affektiven zwischenmenschlichen Kontakt bemerkbar. Von ihrem Standpunkt aus böte der Erwachsene genau wie in seiner kindlichen Entwicklungsperiode ein sonderbares, uneinfühlabares Verhalten. Er wirke sprunghaft, fremdartig und sei abweisend, wo ein anderer sich freundlich gebe. Er verhalte sich kalt und scheinbar gefühllos, wo warme menschliche Zugewandtheit erwartet werde (vgl. Dührssen 1954, S. 82).

Zusammenfassend führt sie diese neurotischen Persönlichkeits-eigenschaften der Kinder und Erwachsenen auf eine defizitäre Befriedigung der Intentionalität oder Geistigkeit in den ersten Lebensmonaten zurück. Als Säugling und Kleinkind hätten diese schizoiden Erwachsenen eine "intentionale Lücke" erworben, die sich in psychischen Störungen und Auffälligkeiten sowohl der DINGLICHEN WELT gegenüber als auch in ZWISCHEN-MENSCHLICHEN BEZIEHUNGEN auswirke.

Durch intentionale Geheimtheiten sollen noch weitere neurotische Störungen entstanden sein. Die depressive Verstimmung (vgl. a.a.O., S. 216 ff.) werde genauso wie die bisher aufgelisteten Störungen durch Deprivationen der Intentionalität in den ersten Lebensmonaten hervorgerufen, besonders durch das Erziehungsmuster oder die Lebensbedingungen des Säuglingshospitalismus.

Zwei andere Störungen möchte sie ebenfalls durch intentionale Hemmungen erklären, nämlich eine spezielle Art sexueller Perversionen bei Kindern, die neurotische Onanie, und ferner eine besondere kindliche Sprachstörung, den Mutismus.

Extrem häufiges Onanieren von Kindern sei auf fehlende spielerische Betätigungen und spannungsvolle Unlust und Langeweile zurückzuführen. Sofern ein Kind unter diesen Umständen die Onanie als ein Mittel zur momentanen Abfuhr aufgetauter Erregungen entdecke, könne sich diese Form der sexuellen Perversion auch bei Kindern fixieren. In diesem Falle ließe sich die Onanie durch intentionale Hemmungen erklären oder durch eine "Spielhemmung" und "Kontaktstörung" (vgl. a.a.O., S. 189 ff.). Als primäre "Ursache" rekurriert Annemarie DÜHRSEN hier wiederum auf den Hospitalismus oder eine "Waisenhausatmosphäre" innerhalb der Familie.

Auch die Sprachstörung des Mutismus oder psychogenen Schweigens von Kindern versucht sie durch intentionale Hemmungen, verbunden mit oralen Versagungserlebnissen, zu erklären (vgl. a.a.O., S. 184 ff.).

Versuchen wir die verschiedenen neurotischen Auswirkungen von intentionalen Geheimtheiten aufzuzählen, so entsteht eine beachtliche Liste von gänzlich unterschiedlichen Störungen. Defizitäre Befriedigungen der sogenannten geistigen oder intentionalen Antriebe in den ersten Lebensmonaten sollen folgende Störungen hervorrufen:

- erstens: die verschiedenen Arten von Arbeits- oder Leistungsstörungen,
- zweitens: Verwahrlosung,

- drittens: schizoide Persönlichkeitsstörungen oder Charakterneurosen,
- viertens: depressive Verstimmung oder depressive Neurosen,
- fünftens: Onanie als sexuelle Perversion und
- sechstens: die Sprachstörung des Mutismus.

In der praktischen Beratungsarbeit darf nach Annemarie DÜHRSEN ein analytischer Jugendlichenpsychotherapeut diese gänzlich verschiedenen psychischen Störungen auf eine einzige "Ursache" zurückführen. Getreu nach der Trieb-Lücken-Regel verfahren, müßte der Analytiker den Jugendlichen davon überzeugen können, daß seine entsprechende Störung durch Hemmungen seiner intentionalen Antriebe in den ersten Lebensmonaten verursacht sei. Ob jedoch die Mehrzahl der entsprechend neurotisch gestörten Jugendlichen mit dieser analytischen Interpretation oder Deutung etwas anfangen kann, ist fraglich.

Hier werden psychische Störungen aus gänzlich verschiedenen Bereichen oder Funktionen der Psyche allein durch Frustration frühkindlicher Motivationen "erklärt". Als theoretische Aussage beinhaltet diese "Erklärung" durchaus eine gewisse Systematik, die jedoch wahrscheinlich zu falschen Deduktionen herausfordert. Als logische Struktur liegt diesen "Erklärungen" psychischer Störungen eine relativ einfache "Axiomatik" zugrunde, die sehr leicht in einen dogmatischen Reduktionismus umschlagen kann.

Ausgehend von dem einzigen Erklärungstopos der Antriebshemmung, läßt sich eine relativ einfache Struktur in die Vielfalt der neurotischen Störungen, Auffälligkeiten und Krankheiten bringen. So wird z.B. die Kategorie der Intentionalität oder des geistigen Bedürfnisses sehr unspezifisch ausgelegt und somit als Variable oder Leerformel jeweils dann als Ursache bestimmter Störungen eingesetzt, wenn irgendeine der vielen Nuancen der Bedeutungen von Intentionalität oder Geistigkeit zu passen scheint. Eine Leistungsstörung, schizoides bzw. scheinbar gefühlloses Sozialverhalten oder

der Rückgang aus der verbalen Kommunikation und Kontaktaufnahme als Mutismus werden nach diesem "Erklärungsmuster" auf Mängel oder "Lücken" des "geistigen Erlebens", der "Intentionalität" zurückgeführt.

Dem Jugendlichenpsychotherapeut wird somit durch die Trieb-Lücken-Regel und Antriebslehre der SCHULTZ-HENCKE-Schule eine sehr einfache Erklärung der "Ursachen" und Entstehung psychischer Störungen in den Mund gelegt. Sofern er selbst von der Richtigkeit dieser Theorie überzeugt ist und keinerlei weitere Gedanken auf die Frage nach der Ätiologie verwendet, kann er dem Jugendlichen als ein Experte gegenüber treten, der scheinbar sämtliche psychischen Störungen "erklären" kann. Da die eigentlichen "Ursachen" bereits in den ersten Lebensmonaten die Störungen des Jugendlichen hervorgerufen hätten, erscheinen weitere Überlegungen keinen Sinn ergeben zu können. Für den Jugendlichen eröffnet sich somit als einzige Alternative zur Gesundung die eigene Vergangenheit dadurch aufzuarbeiten, daß er sie in der "Sprache" des Neopsychoanalytikers zu interpretieren lernt. Die Frage nach einer etwaigen Schuld oder Verantwortlichkeit für die psychische Störung wird dann auf die eigenen Eltern oder die Pflegepersonen der ersten Lebensmonate verschoben.

Hiermit mag der Jugendliche von eigenen Schuldgefühlen entlastet sein, erkauft aber diese Befreiung von Schuldgefühlen durch eine "Einsicht" in seine Krankheit, die ihm eine wehmütige oder wütende Reaktion gegenüber seinen Eltern offenläßt.

Mit der intentionalen Geheimtheit ist aber nur eine von neun möglichen "Ursachen" psychischer Störungen genannt. Durch Hemmung oder Verdrängung der anderen Antriebsarten vornehmlich in der frühen Kindheit sollen die unterschiedlichsten Neurosen oder andere Störungen entstehen. Eine genaue ausführliche Erörterung der Folgen oder Ergebnisse von defizitären Befriedigungen dieser anderen Antriebsarten wollen wir nicht vornehmen, sondern nur die entsprechenden Krankheitsbilder auflisten.

Eigentlich müßte hiermit das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen aufgezählt werden. Da wir aber hier von angeblichen Lücken einzelner Antriebe ausgehen und nicht die entsprechenden Formen von defizitären Befriedigungen mehrerer Antriebe berücksichtigen, dürften bei dieser Darstellungsweise nur die typischen psychischen Erkrankungsfolgen ableitbar sein.

Ein analytischer Jugendlichenpsychotherapeut, der seine Deutungen oder Interpretationen nach den Empfehlungen der Trieb-Lücken-Regel ausrichtet, hätte mit diesen Symptomlisten oder Aufzählungen von psychischen Erkrankungen eine relativ durchsichtige und anschauliche Struktur des komplizierten Diagnoseschemas psychischer Erkrankungen erhalten. Sofern er in seine Interpretationen auch ein gewisses Minimum an belehrenden Informationen über dieses "Verursachungsmodell" einfließen läßt, könnte er evtl. auch seinen Klienten hiermit "überzeugen".

2. Zärtliche und liebevolle Antriebe

Abweichend vom weiten Bedeutungsumfang des FREUDschen Sexualitätsbegriffes hat die SCHULTZ-HENCKE-Schule die "zärtliche Strömung" (FREUD) der zwischenmenschlichen Gefühlswelt von der "sinnlichen Strömung" abgetrennt und folgerichtig eine eigenständige Antriebsart des Zärtlichkeitsbedürfnisses postuliert. Durch defizitäre Befriedigungen dieses Antriebes soll eine Gruppe psychischer Erkrankungen entstehen, die Hingabe-Gehemmtheiten genannt wird.

Annemarie DÜHRSEN möchte diesen Begriff keinesfalls sexuell gedeutet wissen, sondern sie plädiert dafür, die Hemmungen (oder Scheu), sich einem anderen hinzugeben, als aus einem gänzlich anderen (An-)Trieb herrührend zu verstehen. Sie stellt dann doch fest, daß eine strenge Trennung von Zärtlichkeit und Sexualität kaum durchgehalten werden kann, denn sie führt hierzu aus:

"Das Zärtlichkeitsbedürfnis der Menschen ist groß und je jünger ein Kind ist, um so intensiver sind seine Bedürfnisse danach. Mütter, die ihren Kindern gegenüber kühl sind, die die Zärtlichkeitswünsche abwehren, die gar verächtliche Bemerkungen gebrauchen für das Zärtlichsein, (...) solche Mütter werden ihre Kinder sicher nur schlecht darauf vorbereiten, daß der Zärtlichkeitskontakt und eine menschlich persönliche Beziehung immer Anfang und Grundlage späterer sexueller Vereinigung sein sollte" (Dührssen 1954, S. 313 f.).

Dieser Zusammenhang von Zärtlichkeit und Sexualität, der bereits im Kindesalter gestiftet wird, wird von Annemarie DÜHRSSSEN bei der "Erklärung" von seg. Hingabe-Gehemmtheiten aber fast vollständig ausgeklammert. Durch defizitäre Befriedigung des kindlichen Zärtlichkeitsbedürfnisses sollen kindliche Verhaltensstörungen, sogenannte besondere Symptome (vgl. ICD-8) und Hauterkrankungen als psychosomatische Erkrankungen entstehen, die auch nach Auffassung der heutigen nicht-psychoanalytischen Kinder- und Jugendpsychiatrie keinerlei Zusammenhang mit sexuellen Motivationen erkennen lassen.

Die folgenden Verhaltensstörungen oder besonderen Symptome sollen durch Zärtlichkeits-Lücken verursacht werden:

- 1.) Daumenlutschen,
- 2.) Nägelknabbern,
- 3.) Haareausreißen,
- 4.) allgemeine motorische Unruhe und
- 5.) Iaktationen.

Daneben erklärt Annemarie DÜHRSSSEN (6.) bestimmte Hautkrankheiten aus der Gruppe der psychosomatischen Störungen durch Hemmungen des Zärtlichkeitsbedürfnisses.

Wenn wir die gemeinsame Ursache dieser kindlichen Verhaltensstörungen nicht nur in einer Mangelsituation der Befriedigungsmöglichkeiten des Zärtlichkeitsbedürfnisses suchen, sondern die Chiffre der Hingabe-Lücke als einen Hinweis auf ein ganz spezifisches emotionales Lebensmilieu und einen entsprechenden Stil des Umganges der Eltern untereinander und mit ihrem (Klein-)Kindern auffassen, dann ist hiermit wahrscheinlich so etwas wie eine gemeinsame Ursache dieser so verschiedenen kindlichen Verhaltensstörungen angesprochen.

Beim Jugendlichen müßten sich mangelnde Erfahrungen, sogenannte Zärtlichkeitsbedürfnisse auszudrücken und einem Partner gegenüber auszutauschen, in den verschiedensten Formen von Partnerkonflikten auswirken, angefangen bei leichten Kontaktstörungen über Befangenheit, Unsicherheit gegenüber anders- (und gleich-)geschlechtlichen Partnern bis zu schweren Ängsten gegenüber dem anderen Geschlecht, nämlich der Androphobie gegenüber Männern oder der Gynäphobie gegenüber Frauen.

Annemarie DÜHRSEN behandelt diese speziellen Formen von "Zärtlichkeits-Lücken" bei Jugendlichen nicht. Lediglich in ihrem zweiten Werk über "Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" werden unter der Kapitelüberschrift "Lebensprobleme erwachsener Menschen" sogenannte Probleme der "Partnerwahl" behandelt (vgl. Dührssen 1960, S. 61 - 85). Die speziellen Störungen von Erwachsenen könnte man als krankhafte Weiterentwicklungen von kindlichen und jugendlichen "Zärtlichkeits-Lücken" auffassen. Durch das Studium der "ausgereiften" Störungen beim Erwachsenen, so wie sie Annemarie DÜHRSEN schildert, ließe sich also zurückschließen auf mögliche Probleme von Jungen oder Mädchen im jugendlichen Alter.

Leider behandelt die Autorin aber nur die Formen der Zärtlichkeits-Gehemmtheiten von Frauen, nicht jedoch von Männern. Nach ihrer Meinung hätten die Beobachtungen von KINSEY ergeben, daß die Zärtlichkeitsbedürfnisse von Frauen intensiver seien als die der Männer (vgl. Dührssen 1960, S. 63 f.). Vielleicht sieht sie sich deshalb dazu veranlaßt, unter dem Begriff der Gehemmtheit dieses Antriebes allein Probleme von Frauen abzuhandeln. Da es ihr aber nicht gelingt, die verschiedenen psychischen Erkrankungen bei defizitären Befriedigungsmöglichkeiten der angeblich verschiedenen Antriebe nach Zärtlichkeit und Sexualität voneinander abzugrenzen, sondern die Erkrankungsfolgen in ihrem Zusammenhang abhandelt, wollen wir hier nicht weiter auf die sogenannten Zärtlichkeits- oder Hingabe-Gehemmtheiten eingehen. Wir werden vielmehr die verschiedenen sexuellen

Störungen der Frigidität, des Vaginismus und der allgemeinen Sexualabwehr unter dem Begriff der sexuellen Gehemmtheit diskutieren.

Bevor wir uns jedoch den anderen Antriebslücken zuwenden, die nach klassischer Auffassung der Psychoanalyse überwiegend mit den sogenannten Partialtrieben der Sexualität im Zusammenhang stehen, wollen wir kurz überprüfen, ob innerhalb einiger anderer Schulen der Motivationspsychologie und verwandter Richtungen evtl. ebenfalls zwischen den Motivationen der Zärtlichkeit und Sexualität unterschieden wird.

Die FREUDianer jedenfalls bestreiten energisch die Zweckmäßigkeit der Postulierung eines eigenständigen, von der Sexualität abgelösten Zärtlichkeitstriebes. Die SCHULTZ-HENCKE-Schule dagegen hält nach THOMÄ (1963/64, S. 105) die Zärtlichkeit sogar für ein Musterbeispiel eines "autoethonem nichtsexuellen Antriebsgebietes".

Unter entwicklungspsychologischer Perspektive anerkennt FREUD das frühere Auftreten von zärtlichen Strömungen der Sexualität beim Kleinkind, ohne jedoch wegen dieser Entwicklungsstufe der Libidestadien eine neue Triebart zu postulieren.

Die zärtliche Strömung "stammt aus den frühesten Kinderjahren, hat sich auf Grund der Interessen des Selbsterhaltungstriebes gebildet und richtet sich auf Personen der Familie und die Vollzieher der Kinderpflege (...). Sie entspringt der PRIMÄREN KINDLICHEN OBJEKTAUFWAHL. Wir sehen aus ihr, daß die Sexualtriebe ihre ersten Objekte in der Anlehnung an die Schätzungen der Ichtriebe finden, gerade so, wie die ersten Sexualbefriedigungen in Anlehnung an die zur Lebenserhaltung notwendigen Körperfunktionen erfahren werden" (S. Freud, 1912, GW 8, S. 79 f.).

Dieser primären Zärtlichkeit des Kleinkindes wurde von der psychoanalytischen Theorie und Forschung zunächst sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt, weil die zeitlich spätere kindliche Entwicklungsstufe des Ödipuskomplexes von FREUD in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurde. BALINT hat aber bereits 1935 diese frühe Phase der Libido-Organisation genauer untersucht (vgl. Thomä 1963/64, S. 106).

Einige andere Theoretiker der Motivationspsychologie beschäftigten sich ähnlich wie die klassische und neopsychoanalytische Klinische Psychologie mit den Motiven und Trieben des Kleinkindes zu seinen Eltern und den hieraus sich entwickelnden emotionalen Beziehungen zu engen Verwandten und anderen Partnern. Nach dem einführenden neueren amerikanischen Lehrbuch von Ch. N. COFER (1975) in die Motivations- und Emotionspsychologie haben eine Vielzahl von Psychologen die motivationalen Prozesse menschlicher Beziehungen durch die Postulierung eines Triebes oder Bedürfnisses nach Gesellschaft, Abhängigkeit und Anerkennung zu erklären versucht.

Lediglich als Übersicht über die verschiedenen Namen dieser Motivationsart soll die folgende Aufzählung dienen (vgl. Cofer 1975, S. 171 - 176).

So postuliert z.B. SEARS ein "Abhängigkeitsmotiv", das aus dem frühen Zusammensein des Kindes mit seinen Bezugspersonen entstehe.

Der Lerntheoretiker GEWIRTZ will "abhängiges Verhalten" durch soziale Stimulation und Deprivation erklären, wobei er sich ebenfalls auf die Mutter als wichtigste Bezugsperson bezieht.

Aufgrund der Konstruktion einer Persönlichkeitskala, welche eine "Tendenz" von Menschen erfassen sollte, sozial erwünschte Antworten zu geben, postulierten CROWNE und MARLOWE ein "Anerkennungsmotiv". Diese Motivationsart ließe sich auch umschreiben als "der Wunsch nach sozialer Unterstützung, Selbstschutz und Vermeidung von Mißerfolg". Das Ziel dieses Motivs oder das Triebziel, zu dem dieses "Anerkennungsmotiv" dränge, sei "soziale Anerkennung und sozialer Status, Schutz und Abhängigkeit, Liebe und Zuneigung" (Crowne u. Marlowe 1964; zit. n. Cofer 1975, S. 176).

Zusammenfassend kommt COFER zu dem Schluß, daß aufgrund von empirischen Untersuchungen eher eine motivationale Tendenz nach Anerkennung als nach Abhängigkeit angenommen werden dürfe, obwohl beide sich überschneiden. COFER glaubt sogar, auf diese verschiedenen Motivbegriffe oder Motivationsarten

gänzlich verzichten und statt dessen nur von bestimmten "Klassen von Verstärkern" reden zu können (Cofer 1975, S. 176).

Der englische Sozialpsychologe ARGYLE (1972) setzt sich in seinem Lehrbuch über "Soziale Interaktion" nicht so radikal wie der am amerikanischen Behaviorismus orientierte COFER mit den verschiedenen Konzeptionen über die "sozialen Antriebe des Menschen" auseinander. Er postuliert gleich zwei verschiedene Arten von "sozialen Antrieben", die dem Zärtlichkeitsantrieb der SCHULTZ-HENCKE-Schule entsprechen würden.

Nach seiner Meinung verfügen wir über einen Abhängigkeits- und Affiliationsantrieb.

Den Begriff Abhängigkeit scheint ARGYLE von SEARS und GERWITZ übernommen zu haben, denn er bezieht sich in wichtigen Punkten auf diese Autoren. Zum Abhängigkeitsverhalten von Kindern gehörte, "daß sie die Eltern berühren und festhalten, in ihrer Nähe sein wollen, ihre Aufmerksamkeit, Beruhigung und ihre Liebe suchen oder die Befriedigung von Bedürfnissen von ihnen erwarten" (Argyle 1972, S. 47). In der älteren Kindheit werde dieses abhängige Verhalten von den Eltern zunehmend mißbilligt, bis in der Adoleszenz diese Abhängigkeit weitgehend abbreche, sofern sich der Junge oder das Mädchen normal entwickle (vgl. a.a.O., S. 47 u. 50).

Der soziale Antrieb der Affiliation zeige sich als gemeinsame Aktivität bei Arbeit, Spiel oder im Gespräch, in Erscheinungen wie physischer Nähe, Augenkontakt und freundlichem verbalen und nichtverbalen Verhalten. Die englische Vokabel 'affiliation' kann übersetzt werden mit Annahme an Kindes Statt, Aufnahme als Mitglied und Angliederung, Anschließung (vgl. James/Wildhagen, 1938, Bd. 1, S. 9).

Nach ARGYLE seien Abhängigkeit, Affiliation und auch Sexualität auf soziale Objekte gerichtete Annäherungstendenzen, wenngleich mit verschiedenen Zielreaktionen. Vor allen ließen sich Sexualität und Affiliation manchmal schwer auseinanderhalten.

Obwohl ARGYLE auf die psychoanalytischen Konzepte der särtlichen und sinnlichen Strömung der Sexualität von S. FREUD

nicht eingeht, kommt er hier doch zu ähnlichen Aussagen. Entgegen der Auffassung von Annemarie DÜHRSEN referiert er unter der Motivationskategorie der Affiliation (und Abhängigkeit) die Untersuchungsergebnisse des Psychoanalytikers SPITZ. Als wichtigste Störungen des Hospitalismus nennt er jedoch eine Beeinträchtigung der sozialen Reaktivität und eine Unfähigkeit, enge interpersonale Beziehungen einzugehen (vgl. a.a.O., S. 51), keineswegs aber Leistungsstörungen oder Störungen der Geistigkeit, des Intentionalen.

3. Die oralen Antriebe oder Oralität, Oraleretik

Die SCHULTZ-HENCKE-Schule der Neopsychoanalyse betont wie FREUD die Bedeutung der optimalen Befriedigungsmöglichkeiten der kindlichen Antriebe, alles in den Mund zu stecken und daran zu saugen und zu lutschen. Während jedoch FREUD diese frühkindlichen Aktivitäten der oralen Entwicklungsphase als erste Stufe des in verschiedene Partialtriebe zerstückelten Sexualtriebes auffaßt, wollen die Neopsychoanalytiker die orale Lust nicht sexuell verstanden wissen.

Nach Annemarie DÜHRSEN (1954, S. 37 f.) konzentrieren sich die oralen Antriebe um die Nahrungsaufnahme und sind mit den Gefühlen von Hunger (und Durst) verbunden. In einem weiteren Sinne könne man auch die Wünsche nach Besitz, Eigentum und Geld als orale Antriebe bezeichnen, die nach klassischer Auffassung zur analen Libidostufe gehören.

Durch Störungen der Fütterung des Säuglings und Kleinkindes in der oralen Phase träten in späteren Lebensaltern orale Geheimtheiten oder orale Lücken auf, die den Bereich der Nahrungsaufnahme und nahverwandte Bereiche betreffen. Neurotische Geheimtheiten der Oralität können sich nach Annemarie DÜHRSEN als Charakterneurosen, spezielle Störungen wie Dauernlutschen und psychosomatische Störungen des ES- und Verdauungsapparates auswirken.

Die typischen Eigenschaften eines "oral gehemmten" Kindes seien "unangemessene überschießende Neidreaktionen (...), Hast, Gier und Ungeduld oder (...) absolute, depressive

Resignation" (Dührssen 1954, S. 85). Besonders störend erwiesen sich "quengelnde, anspruchsvolle Riesenerwartungen" (a.a.O.).

Durch ausbleibende oder mangelhafte Befriedigung oraler Antriebe könnten die speziellen Symptome kindlicher Verhaltensstörungen wie Daumenlutschen, Nägelknabbern, aber auch Stottern auftreten.

Als psychosomatische Symptome der Eß- und Verdauungsorgane zeigten sich bei Kindern und Jugendlichen

- 1.) Ulcus ventriculi,
- 2.) Ostipation oder Verstopfung,
- 3.) Asthma bronchiale und als besonders markantes Krankheitsbild
- 4.) Anorexia nervosa oder Pubertätsmagersucht.

Bei all diesen Störungen seien orale Lücken mit Mangelerscheinungen anderer Antriebe wie fehlende Zärtlichkeit, Liebesentzug, motorische Einengung verbunden.

Nach der klassischen Auffassung FREUDs lassen sich die unterschiedlichen Erkrankungen der Mundregion und der Wahrnehmungs- und oberen Verdauungsorgane nur mit den methodologischen Prinzipien der psychoanalytischen Libido- und Triebtheorie verstehen. Das genetische Prinzip besagt, daß die verschiedenen Triebbefriedigungen gleichen Ursprungs auch als verwandt aufzufassen und zu bezeichnen sind. Durch Zurückverfolgen der verschiedenen Befriedigungsformen der Sexualität Erwachsener lassen sich die frühen Tätigkeiten des kindlichen Saugens als Stimulation der erogenen Zone des Mund- und Rachenraumes auffassen (vgl. Bernfeld 1925, S. 72). Ferner entstehen die verschiedenen psychosomatischen Störungen der Oralität durch Anlehnung der sexuellen Partialtriebe an verschiedene, entsprechend geeignete Körperfunktionen. So lehnt sich nämlich der Sexualtrieb an die Selbsterhaltungstrieb wie Nahrungsaufnahme und Atmung an; genauso können die organischen Funktionen der Defäkation, des Urinierens, der Muskelaktivität, des Sehens oder auch des Hörens und der Hautsensibilität bei den hysterischen Erkrankungen betroffen sein.

FREUD hat nämlich als wichtigste Störungen der oralen Phase die verschiedenen hysterischen Symptome herausgearbeitet, z.B. Eßstörungen, hysterischer Globus (d.h. die Empfindung, einen Kloß im Halse zu haben), Schnüren im Hals und Erbrechen. Nach FREUDs psychotherapeutischen Befragungen hätten an Hysterie erkrankte Patienten in ihren Kinderjahren kräftig gelutscht, was sie aber später verdrängt hätten. In der Hysterie ließen sich somit im allgemeinen Symptome finden, in denen die Schleimhaut des Mundes die Rolle von Genitalien spiele. Eine derartige Erotisierung von Mund, Essen und Sprechen könne zu Eßstörungen, wie die Pubertätsmagersucht von pubertierenden Mädchen, und Stottern führen. Besonders auffällig sei der Zusammenhang bei den sexuellen Perversionen wie Fellatio, Cunnilingus, aber auch Homosexualität (oder homosexuelle Inversion). Auch der Zusammenhang zwischen Oralerotik und Melancholie oder Depression wurde bereits von FREUD gesehen, der durch ABRAHAM hierauf hingewiesen wurde. Von der Oralerotik ließen sich nämlich die Mechanismen der Identifizierung und Introjektion ableiten, die für die Melancholie typisch seien (vgl. Nagera 1976, S. 129 f.).

Auch die Ätiologie der Phobie oder Angsthysterie glaubte FREUD zunächst durch strukturelle Ähnlichkeiten mit der Konversionshysterie erklären zu können. In seiner letzten Angsttheorie von 1933 hat er jedoch die Deutung von Angst als verwandelte unabgeführte Libido aufgegeben (vgl. z.B. Nagera 1976, S. 442 - 444).

Die Aussagen FREUDs über die Oralerotik wurden bereits 1913 von dem Entwicklungspsychologen und Jugendforscher W. STERN kritisiert, der FREUD u.a. einen falschen Analogieschluß von der Oralerotik des Erwachsenen auf die des Säuglings vorwarf (vgl. Bernfeld 1925, S. 71). Spätere Autoren haben immer wieder den von FREUD hypostasierten Zusammenhang zwischen oraler Lust und Sexuallust in Frage gestellt, nämlich sowohl die sich als psychoanalytisch verstehende Schule SCHULTZ-HENCKES als auch Vertreter des amerikanischen Behaviorismus.

Nach FREUD könne man die auffällige Oralerotik eines Kleinkindes und Erwachsenen durch die Stärke der Konstitution hierzu erklären: Kinder mit starker infantiler Oralerotik würden als Erwachsene "Kußeinschmecker werden, zu perversen Küssen neigen (...) oder ein kräftiges Motiv zum Trinken und Rauchen mitbringen" (Freud 1905, GW Bd. 5, S. 83).

In verschiedenen Lehrbüchern über psychiatrische und psychische Erkrankungen wird jedoch der Zusammenhang zwischen Oralerotik und Sucht, besonders dem Alkoholismus, nur als Nebenbemerkung oder Fußnote eingebracht (vgl. Schulte, Tölle 1971, S. 102; Bauer u.a. 1976, S. 168). Häufig tauchen die Begriffe Oralität u.ä. gar nicht mehr auf, womit angedeutet ist, daß die sogenannten oralen Geheimtheiten durch andere Mechanismen und Lerngesetzmäßigkeiten erklärt werden.

4. Retentive Haltungen oder Geheimtheiten

Die Motivationskategorie des Retentiven oder "Behalten, nicht Hergeben, Verweigern usw." wurde von Annemarie DÜHRSEN durch "Aufspaltung" der sexuellen und nicht-sexuellen Bedeutungen des retentiv-analen Antriebes von SCHULTZ-HENCKE gewonnen. Auf die Problematik der Schöpfung von neuen Antrieben durch diese Vorgehensweise wollen wir hier durch die Argumentation von THOMÄ eingehen. Der FREUDianer THOMÄ (1963/1964, S. 97 ff.) polemisiert bereits gegen die Wertschöpfung "oral-kaptativer Antrieb" durch SCHULTZ-HENCKE auf so eindrucksvolle Weise, daß dagegen die Vorgehensweise von Annemarie DÜHRSEN bei der Begriffsbildung der beiden Antriebe des Retentiven und des Analen auf noch größeres Unverständnis stoßen müßte.

Die kaptative Tendenz des "Haben-Wollen" wird von SCHULTZ-HENCKE nach THOMÄ durch den folgenden Satz beschrieben: "Auch das ganz kleine Kind, der SÄUGLING, erlebt bereits die KATEGORIE des HABEN-WOLLENS." Diese Aussage veranlaßt THOMÄ zu der rhetorischen Frage, ob der Säugling eine Kategorie erlebe (vgl. Thomä 1963/1964, S. 97). Die Neopsychoanalytiker

jedenfalls wollten den nicht-sexuellen Charakter dieser Kategorie dadurch hervorheben, daß sie hierfür das neue Wort "kaptativ" einführen.

Ähnliche Überlegungen hätten SCHULTZ-HENCKE bei der Einführung des Wortes "retentiv" geleitet: "Auch hierbei hat SCHULTZ-HENCKE eine besondere Objektbeziehung bzw. Handlung, um dieses Objekt zu erreichen, nämlich Befriedigung zu finden - alles Teile der psychoanalytischen Definition des Triebes -, mit einem speziellen Namen versehen" (Thomá 1963/1964, S. 98).

Eine scheinbar logische Konsequenz dieser Abkopplung der nicht-sexuellen kaptativen und retentiven Tendenzen aus der genetischen Stufentheorie des Sexualtriebes hat schließlich die neopsychoanalytische SCHULTZ-HENCKE-Schülerin Annemarie DÜHRSEN gezogen, indem sie der nicht-sexuellen Kategorie des Retentiven und der analerotischen Kategorie des Analen Selbständigkeit verlieh.

Der FREUDianer THOMÁ faßt seine Polemik gegen diese Manipulation mit Kategorien in der Motivations- und Entwicklungspsychologie von SCHULTZ-HENCKE in der folgenden Argumentation zusammen, indem er an die konkreten Tätigkeiten eines Säuglings bei der Retention des Darminhaltes erinnert:

"Die kategoriale Verbindung des Analen mit dem Retentiven kann natürlich nicht vergessen lassen, daß der Säugling weder nach dieser Kategorie lebt noch sie erlebt, sondern den Stuhlgang unter sich läßt. Das 'Behaltenwollen' entwickelt sich erst unter unvermeidlichen Konflikten, die nicht nur die Sphinkterkontrolle, sondern die willkürliche Muskulatur, die Motorik betreffen. (...) Das Zurückhalten, das Festhalten und die trette Abwendung entstehen also, indem ein unwillkürlicher Vorgang, nämlich das Einketen kontrolliert wird" (Thomá 1963/1964, S. 102).

Bei Annemarie DÜHRSEN dagegen erinnert die sog. retentive Gehemtheit nicht mehr an die Analeretik der Stuhlentleerung. Ein retentiv gehemmes Kind habe die Impulse des Behaltenwollens abgeschaltet, wenn es aus Angst vor Liebesverlust z.B. ein Geschenk nicht annimmt. Durch eine zwar liebevolle, aber übertrieben zum Abgeben mahnende Mutter sei das retentiv

gehemmte Kind nicht mehr in der Lage, sich gegen anspruchsvolle Wünsche von Gleichaltrigen durchzusetzen, auch wenn dieses vernünftig und berechtigt wäre (vgl. Dührssen 1954, S. 60).

5. Motorische Aktivität oder Bewegungsdrang

Die Begriffe motorische Aktivität und motorische Expansion tauchen erst im zweiten Werk Annemarie DÜHRSEN (1960, S. 270) auf. Hier billigt sie dem Kind einen Bewegungsdrang zu, der anscheinend wie ein Antrieb durch die unterdrückenden Erziehungseinwirkungen der Eltern u.a. gehemmt werden könne. Nach ihrer Auffassung solle einem motorisch gehemmten Kind in der Psychotherapie die Gelegenheit geboten werden, sich ausleben zu dürfen. Hierdurch werde ein "kathartischer Effekt" oder "echter Befreiungseffekt" erreicht, der jedoch nur durch genaue Dosierung des Psychotherapeuten garantiert werde. Das therapeutische Geschick bestehe im allgemeinen darin, eine "wilde überdrehte Toberei" zu verhindern (vgl. a.a.O., S. 271).

In ihrem ersten Werk zur Neurosenlehre kennt Annemarie DÜHRSEN (1954, S. 15) noch keinen Bewegungsdrang, sondern lediglich die Fähigkeit, die willkürliche Muskulatur zu beherrschen, sogenannte motorische Fähigkeiten. Bis zu Anfang des zweiten Lebensjahres entwickle sich normalerweise die Motorik, und ihre zunehmende Beherrschung stehe im verhältnismäßig engen Zusammenhang zur willkürlichen Beherrschung der Sauberkeitsfunktionen oder der Ausscheidungsfunktionen von Darm und Blase (vgl. a.a.O., S. 16).

Gehen wir in der psychoanalytischen Begriffsgeschichte bis zu FREUD zurück, so lassen sich die Zusammenhänge von Aktivität, Körpermuskulatur und den analen Funktionen des Darmausganges unter etwas verschiedenen Etiketten wiederfinden.

Die motorische Aktivität betrachtete FREUD lediglich als eine Modalität oder Art und Weise der Aggression. Anders als die SCHULTZ-HENCKE-Schule benutzt FREUD den Begriff der "Aktivität" in seiner typischen Bedeutung nur innerhalb des Gegensatzpaares Aktivität-Passivität.

Das Denken in Gegensatzpaaren ("dialektisches" Vorgehen) über psychologische und klinische (oder psychopathologische) Vorgänge wird von FREUD auf verschiedenen Ebenen seiner Theoriebildung angewendet. Innerhalb seiner Stufenlehre des Sexualtriebes unterscheidet er auf der analen Phase zwischen Aktivität-Passivität, auf der phallischen zwischen phallisch-kastriert und auf der genitalen Phase der Libideorganisation zwischen männlich-weiblich (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 163).

Das typische Gegensatzpaar des psychischen Lebens von Aktivität-Passivität bildet sich nach FREUD in der analen Phase heraus. Zwischen der Aktivität und dem Sadismus bestünde eine Koinzidenz und zwischen der Passivität und der Analerotik. Beiden Partialtrieben ordnet FREUD eine besondere Triebquelle zu: die Muskulatur gehöre zum Bemächtigungstrieb, die anale Schleimhaut zur Analerotik (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 63).

Annemarie DÜHRSEN hat aus diesen Zusammenhängen den Bewegungsdrang verselbständigt. Aus der Polarität von Aktivität-Passivität der analen Libideorganisation wurde nur ein einziges Gegensatzpaar in den Rang eines Bewegungsdranges erhoben. Der FREUDsche Begriff des Bemächtigungstriebes mit der Triebquelle der Muskulatur heißt hier motorische Aktivität.

FREUD verstand unter dem Bemächtigungstrieb ursprünglich "einen nicht sexuellen Trieb, der sich erst sekundär mit der Sexualität vereinigt und dessen Ziel es ist, das Objekt durch Gewalt zu beherrschen" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 87). In seiner zweiten Triebtheorie postulierte er einen eigenständigen Todestrieb und verneinte die Existenz eines Bemächtigungstriebes, stattdessen wurde das Verlangen, sich der Objekte zu bemächtigen, als eine besondere Form oder Komponente des Todestriebes aufgefaßt.

Durch eine analoge Argumentation, mit der FREUD nach der "Wende von 1920" zur zweiten dualistischen Triebtheorie den Aggressionstrieb als neue Triebart anerkannte und den Bemächtigungstrieb zu einer Komponente des Todestriebes uminterpretierte, hat später auch die SCHULTZ-HENCKE-Schule

neue (An-)Triebe "entstehen" lassen.

Am Beispiel der motorischen Aktivität oder des Bewegungsdranges von Annemarie DÜHRSSSEN läßt sich die Anwendung dieser Argumentationsfigur aufzeigen, wodurch jedoch ein anderes Resultat als bei FREUD zustandekommt. Die Aggression und motorische Aktivität werden von DÜHRSSSEN zu eigenständigen Antrieben erklärt, FREUD dagegen hatte den Bemächtigungstrieb lediglich zu einer Komponente des Todestriebes uminterpretiert.

Bezüglich der Anerkennung der Existenz eines eigenständigen Aggressionstriebes stimmen jedoch die Ansichten der SCHULTZ-HENCKE-Schule und des späteren FREUD überein.

6. Die Aggression und aggressive Gehemtheit

Die aggressive Gehemtheit tritt nach Annemarie DÜHRSSSEN (1954, S. 61) bei einem Kind deshalb auf, "weil seine Handlungs- und Triebimpulse ständig auf Schranken treffen". Ein Ausagieren wirklicher AGGRESSIVER REGUNGEN in der Psychotherapie sei etwas ganz anderes als eine rein motorische Aggression, obgleich beides in enger Beziehung zueinander stehe (vgl. Dührssen 1960, S. 271). Das Ziel des Ausagierens solle eine gebändigte und nicht rücksichtslose Aggressivität sein. Um dieses zu erreichen, dürfe der Kindertherapeut keine schrankenlose Duldsamkeit zeigen, weil sie für das Kind aufgrund kollektiver Selbstverständlichkeiten nicht verständlich sei und nur das Mißtrauen vertiefe. Für das Kind sei ein Verhalten des Therapeuten sicher verständlicher, beruhigender und therapeutisch wirkungsvoller, wenn er ihm zugewandt bleibe, OBGLEICH er sich wehre (vgl. a.a.O., S. 71).

Diese allgemeinen Verhaltensregeln für ein optimales Therapeutenverhalten bezüglich der Behandlung von Aggressivität sind für die Kindertherapie als grundlegende Richtlinie wahrscheinlich ausreichend. Aufgrund der Annahme eines angebornen Antriebes zur Aggression, obwohl dieses nicht explizit an den hier aufgeführten Textstellen gesagt wird, muß der Therapeut einem aggressiv gehemmten Kind nur die Möglichkeit geben,

seine verdrängten Aggressionen auszuagieren, wobei das Kind gleichzeitig lernen soll, eine irgendwie "gebändigte und nicht rücksichtslose Aggressivität" zu zeigen.

Sehr viel präzisere Anweisungen bei gehemmten aggressiven Impulsen gibt die verhaltenstherapeutische Methode des Selbstsicherheitstrainings, englisch auch assertive training genannt.

Während jedoch die Neopsychoanalyse aufgrund ihrer Neurosen-theorie ein Ausagieren des gehemmten Aggressionsantriebes empfiehlt und somit ihrer Meinung nach die angeborenen und natürlichen Ausdrucksformen der Selbstbehauptung und Selbstverteidigung freisetzt (angeleitet vom Bild eines "eingeklemmten" Triebes), kommt die Verhaltenstherapie bei entsprechenden Störungen gänzlich ohne das Etikett der Aggressivität bzw. gehemmter oder verdrängter Aggression aus. Aggressive Verhaltensweisen werden als nicht-soziale oder dis-soziale Verhaltensweisen aufgefaßt und das Ausbleiben von "normalem" Durchsetzungsverhalten wird als Selbstunsicherheit definiert.

In einer relativ neutralen Formulierung von HOFFMANN/FRESE (1975, S. 60) wird jedoch das Selbstsicherheitstraining nicht als Aggressionstraining aufgefaßt, sondern als ein einzelner "Bestandteil eines breiteren Trainings in sozialen Fertigkeiten", womit als Ziel gelernt werden solle, "seine eigenen Interessen wahrzunehmen und dabei die JEWEILS ADÄQUATE Reaktion zu zeigen".

Nach Annemarie DÜHRSEN bewirkt die "Lücke" der "aggressiven Gehemtheit" neurotische Leistungs- oder Arbeitsstörungen und spezielle Formen der neurotischen Verwehrlosung, besonders als "Durchbruch" von aufgestauter aggressiver Erregung (vgl. Dührssen 1954, S. 132 und 154).

Eine detaillierte verhaltenstherapeutische Definition des Selbstsicherheitstrainings dagegen spricht implizit drei verschiedene Problembereiche an, die als Folgen von sogenannten Verhaltensdefiziten der Selbstsicherheit auftraten. Selbstunsicherheit bewirkt demnach erstens eine Unfähigkeit, sich eigene Ansprüche und Wünsche zu erlauben, zweitens soziale Ängste und Hemmungen, diese zu äußern und drittens

mangelnde soziale Fertigkeiten, sie auch durchzusetzen (vgl. Ullrich de Muynck, Forster 1974, S. 352).

Neben der Neopsychoanalyse und der Verhaltenstherapie hat sich bereits Sigmund FREUD mit den negativen Auswirkungen der Aggression auf das psychische Wohlbefinden und die psychiatrischen Erkrankungen befaßt. Nach seiner Auffassung bewirkt der Aggressionstrieb erstens die sogenannte negative therapeutische Reaktion, zweitens die Schuldgefühle und Selbstquälereien des Melanchelikers und drittens die moralische Strenge des Zwangsneurotikers (vgl. zum folgenden Nagera 1976, S. 57 - 59).

Da die Ansichten FREUDs zur Aggression und ihren psychopathologischen Folgen bereits um 1917 bis 1933 formuliert wurden, die Neopsychoanalyse und Verhaltenstherapie jedoch erst in den 50er bis 70er Jahren sich hierzu äußerten, ließe sich feststellen, inwiefern sich die FREUDsche Konzeption in den Konzepten und Techniken der beiden anderen Psychotherapieschulen ausgewirkt hat.

Annemarie DÜHRSEN berücksichtigte als Neopsychoanalytikerin in ihrer Technik der Kinder- und Jugendlichenbehandlung diese von FREUD hervorgehobenen Zusammenhänge nicht, da sie lediglich die Gehemtheiten der Aggression bei Leistungsstörungen und (aggressiver) Verwahrlosung anspricht.

In der Theorie der Technik des verhaltenstherapeutischen Selbstsicherheitstrainings spielt die FREUDsche Konzeption zwar keine klar zu erkennende Rolle, bei genaueren Forschungen ließen sich Einflüsse und Ähnlichkeiten der wichtigsten Kategorien sicherlich nachweisen. Hier sei nur auf die Zusammenhänge von Selbstunsicherheit, sozialer Angst, sozialen Hemmungen und der Melancholie oder Depressionen mit ihren Schuldgefühlen verwiesen. In FREUDs Konzeption spielt die "Hereinnahme" von aggressiven oder destruktiven Impulsen in die moralischen Instanzen eine wesentliche Rolle. Die Verhaltenstherapie beschreibt nur die Auswirkungen von moralischen Prozessen auf Verhaltensweisen, die mit Selbstsicherheit beschrieben werden, wobei offensichtlich zu sein scheint, daß dieses "Verhalten" nicht mit "moralischem verdeckten Verhalten"

(sog. covert behavior oder Gedanken) kollidieren darf.

7. Geltungsbedürfnisse

Nach SCHULTZ-HENCKE gehört neben den Lebens- und Sexualtrieben das Geltungsstreben oder der Geltungstrieb zu den drei grundlegenden Trieben des Menschen (vgl. Peters 1974, S. 172). In der Neurosenlehre seiner Schülerin Annemarie DÜHRSEN (1954) taucht dieser Antriebsbegriff in dem Krankheitsbild der "Geltungssucht" auf, später benutzt sie den Begriff Geltungsbedürfnis. Sowohl in der Tiefenpsychologie als auch der (psychiatrischen) Psychopathologie hätte dieses Krankheitsbild unter dem Namen des geltungssüchtigen Psychopathen zu vielen psychologischen Mißverständnissen Anlaß gegeben. Als Motor für das auffällige Gebaren des Geltungssüchtigen müßte man jedoch häufig leiderfülltes Selbstmißverständnis annehmen, daß nämlich Geltungsstreben und Liebeswerbung verwechselt würden (vgl. Dührssen 1954, S. 34 f.). Außerdem unterschiede sich die kindliche Geltungssucht oder "Angeberei", auffälliges clownhaftes Verhalten von neurotischem Ehrgeiz. Bei geltungssüchtigen Kindern pflege die Qualität der Leistung und das Aufmerksamkeit suchende Gebaren nicht miteinander in wirklich geglücktem Einklang zu stehen (vgl. a.a.O., S. 144).

Erst in ihrer späteren Konzeption der "Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen" (Dührssen 1960, S. 271 ff.) taucht in der Werthierarchie der gehemmten Antriebe der Begriff Geltungsbedürfnis auf. Diese Geltungsbedürfnisse seien vielschichtig zusammengesetzt und von kompensatorischer Art. Dahinter stünden starke Unsicherheiten des Selbstgefühls, verschwistert mit dem "Bedürfnis nach Anerkennung und Bestätigung" und häufig einer neurotischen Leistungsängstlichkeit.

Als Behandlungsmethode schlägt sie deshalb eine individuelle "Spieltherapie" mit dem geltungssüchtigen Kind vor:

"Bei Leistungsspielen jeder Art Sorge ich nach Möglichkeit dafür, daß das gewählte Spiel für das Kind nicht zu schwer ist. Dies ist deshalb nötig, weil der Therapeut seinen Wunsch,

das Kind gewinnen zu lassen, nicht verraten darf. Bemerkt das Kind, daß man es gewinnen lassen möchte, fühlt es sich nicht ernstgenommen und die Freude am Gewinn ist verdorben" (Dührssen 1960, S. 272).

In der Jugendlichenpsychotherapie ließe sich diese Art der Spieltherapie wahrscheinlich nicht durchführen. Wenn aber für die Jugendlichenbehandlung diese Therapeutenempfehlung genau so gelten sollte, dürfte die "doppelte Moral" des Analytikers nicht allgemein unwidersprochen bleiben. Im Umgang von gleichberechtigten Interaktionspartnern wird die Verheimlichung von wahren Absichten durch das Mittel der List oder Lüge aller Wahrscheinlichkeit nach die zugrundgelegte Übereinkunft des herrschaftsfreien, partnerschaftlichen und symmetrischen Miteinandergehens in Frage stellen.

Als Begründung für dieses Mittel der List wird das Heilungsziel angegeben. Einem geltungssüchtigen Kind müsse der Analytiker ganz unbedingt tragfähige Befriedigungserlebnisse vermitteln, die das kindliche Selbstgefühl stärken (vgl. a.a.O., S. 272).

Zu scheinbar gänzlich entgegengesetzten Empfehlungen für ein optimales Therapeutenverhalten kommt die klientenzentrierte Gesprächstherapie, die vom Therapeuten "Echtheit" und "Selbstkongruenz" in dem Sinne fordert, "daß zwischen den Gefühlen des Th. sowie deren Wahrnehmung und Ausdruck (durch den Th.) eine Kongruenz besteht, was aber nicht bedeutet, daß alle Gefühle des Th. dem Kl. mitgeteilt werden müssen" (Schild 1975, S. 132; Th. = Therapeut, Kl. = Klient). Der Therapeut muß also nur für den Klienten echt und kongruent **e r s c h e i n e n**.

Diese Ungereimtheiten in der Auffassung über die Wahrheitspflicht oder Echtheit des Psychotherapeuten sollen hier nicht genauer aufgegriffen werden, denn an dieser Stelle steht lediglich die Motivationskategorie des Geltungsbedürfnisses der Neopsychoanalyse zur Diskussion. Bei Betrachtung der einen Seite eines sogenannten normalen Geltungsbedürfnisses meist des Analytikers und der anderen psychopathologischen Variante des meist geltungssüchtigen Analysanden kommen

jedoch zwangsläufig diese Probleme zur Sprache, weil durch diese Motivationskategorie wesentliche Aspekte zwischenmenschlicher Verhältnisse oder des sozialen Verhaltens und der Persönlichkeitsentwicklung angesprochen werden. Deshalb tauchen auch unter ähnlich klingenden Bezeichnungen aus den Bedeutungsfeldern von Geltung, Selbstgefühl und Anerkennung bei den verschiedensten Psychologen und Psychiatern entsprechende Begriffe auf.

Bei Sigmund FREUD wurden die Strukturen, Prozesse und Motivationen des Bewußtseins von der Geltung und Beachtung der eigenen Person durch andere und von dem Wert, den man selbst hat, durch die Begriffe Ich, Autoerotismus und Narzißmus abgedeckt. In der neueren orthodoxen Psychoanalyse sind dann statt des Ichbegriffes die Begriffe Selbstwertgefühl und Narzißmus genauer ausgearbeitet worden.

Das Konzept des Narzißmus von FREUD beschreibt ein bestimmtes Stadium der Beziehungsaufnahme zu anderen Personen oder - psychoanalytisch ausgedrückt - einen bestimmten Typ der Objektbeziehungen. Demnach soll ein Kind zuerst nur auf sich selbst bezogen sein (Autoerotismus) und über den Narzißmus zum Alloerotismus gelangen. Diese Entwicklungsstufen der libidinösen oder "zwischenmenschlichen" Einstellungen und Beziehungsformen sollen für die Entwicklung eines erwachsenen und zu partnerschaftlichen Beziehungen fähigen Menschen notwendig sein.

Sofern der Autoerotismus und Narzißmus nicht überwunden würden, entwickelten sich sogenannte narzißtische Neurosen oder funktionelle Psychosen (vgl. Kutter 1975). In der Paranoia habe eine Regression der Objektbeziehungen auf die Stufe des Narzißmus stattgefunden und in der Schizophrenie sogar bis zur vollständigen Aufgabe der Objektliebe und zum infantilen Autoerotismus (vgl. Nagera 1976, S. 191 und 196). Die autoerotische Sexualität kann ohne eine andere Person oder objektlos durch Stimulation meist der erogenen Zonen wie Mund, Anus und Genitalien befriedigt werden. Im Narzißmus werden diese Partialtriebe zusammengefaßt und nehmen sich

selbst, das Ich oder den eigenen Körper zum Liebesobjekt. (42)

Durch die Theorie des Narzißmus werden nach Auffassung der klassischen Anna FREUD-Schule nicht nur bestimmte Fragen der funktionellen Psychosen einer Klärung nähergebracht, sondern auch andere Prozesse und Phänomene, "z.B. Hypochondrie, Verteilung der Libido bei organischen Krankheiten, Zustände intensiver Verliebtheit", neues Licht sei auch auf die Fragen der Objektwahl (anaklytisch und narzißtisch) sowie auf bestimmte Formen der Homosexualität usw. geworfen worden (Nagera 1976, S. 197).

In anderen psychotherapeutischen Schulen, nämlich der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie, werden die motivationalen Prozesse und Störungen der Ichentwicklung und der Objektbeziehungen unter den Begriffen Selbst und Selbstwertgefühl u.ä. abgehandelt. Die Gesprächstherapeuten postulieren eine angeborene "Tendenz zur Selbstverwirklichung" (ROGERS) und innerhalb der Verhaltenstherapie wird statt des Ichbegriffes der Begriff des Selbst benutzt, z.B. indem von Selbstregulierung gesprochen wird oder von den Techniken der Selbstkontrolle und des Selbstsicherheitstrainings. Der sachliche Zusammenhang oder rote Faden durch diese veränderten Kategorien besteht in einer Verschiebung der Akzentsetzung bei der begrifflichen Erfassung der motivationalen Aspekte der individuellen Entwicklungsgeschichte des Selbstbewußtseins von Menschen durch soziale Erfahrungen. In der Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen und Erwachsenen bildet sich die eigene Persönlichkeit mit einem ganz spezifischen Ich oder Selbst heraus. Die triebhaften oder libidinösen, erotischen Prozesse der Ichentwicklung werden durch Begriffe wie Narzißmus, Objektfindung und Alloerotismus ausgedrückt oder durch die motivationalen Kategorien Selbstwertgefühl, Selbstliebe oder auch Geltungsbedürfnis; wobei in dem Begriff Geltungsbedürfnis die soziale Abhängigkeit der Persönlichkeitsentwicklung dadurch hervorgehoben wird, daß die Geltung, Anerkennung und Liebe der anderen darüber entscheidet, für was man gehalten wird, ein Fixpunkt für das, was man glaubt zu sein, bzw. was "ich" glaube zu sein.

8. Anale Impulse

Nach Annemarie DÜHRSEN werden die (urethralen und) analen Antriebe des (Blasen- und) Darmausganges zur Zeit der Sauberkeitserziehung wegen der Interessen der Mutter an Arbeitsersparnis mit besonderen Leistungsanforderungen gekoppelt. Auf FREUD eingehend, kritisiert sie seine Auffassung, daß Analität und Sexualität im Erleben zusammengehörten (Analerotik), Zusammenhänge bestünden lediglich zwischen Analität und Aggression (vgl. Dührssen 1954, S. 88).

Der Sauberkeitserziehung des Kleinkindes sei von der Psychoanalyse zuviel Beachtung geschenkt worden, trotzdem bliebe sie für die Neurosenlehre insofern bedeutsam, als auch aus übertriebenen Erziehungsbemühungen oder Dressuren der Eltern zur willkürlichen Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen psychische Störungen entstehen könnten. Häufig würden die Vorstellungen über Sauberkeit und Ordnung auch auf andere Bereiche angewendet.

Typische Krankheitsbilder der Analität seien der anale Charakter oder die anale Charakterneurose, heute anakastische Persönlichkeit genannt (vgl. ICD-8), und die Zwangsneurose.

Abweichend von der FREUDschen Ätiologie der Zwangsneurose wird diese Erkrankung nicht durch den Mechanismus der Regression auf die anal-sadistische Libidostufe erklärt, sondern durch Hemmungen "der handelnden aggressiven motorischen Selbstentfaltung" (Dührssen 1954, S. 92). Als weiteres Erklärungsmoment müßte noch berücksichtigt werden, daß in der entsprechenden Altersphase die Denkentwicklung erfolge. Bei Zwängen, speziell bei Zwangsgedanken, sei der Neurotiker nicht in der Lage, den eigenen Vorstellungs- und Gedankenstrom zu steuern.

Zusammenfassend versucht sie, die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Formen der Zwangskrankheit durch die Entwicklungsphase durchsichtig zu machen, in der sie entstanden seien:

"Die Phase magischer Weltbewältigung, die Phase, in der erstes selbständig geführtes Denken behindert und gelähmt wird, die Phase, in der die ersten Anforderungen an Selbstbeherrschung, Ordnung und Sauberkeit an das Kind herangetragen werden" (Dührssen 1954, S. 228; vgl. auch a.a.O., S. 220 ff.). (43)

Diese neopsychoanalytische Konzeption der Entstehung der Zwangskrankheit weicht von der Auffassung FREUDs in vielen Punkten ab, deshalb wurde sie auch von der klassischen Schule der Psychoanalyse kritisiert, indem die originären Vorstellungen FREUDs wieder herausgearbeitet wurden. So hat THOMÄ (1963/1964, S. 102 ff.) die Kontrollzwänge des Zwangsneurotikers wiederum durch die Triebe der anal-sadistischen Phase erklärt, die Kontrollzwänge seien nämlich gegen anal-destruktive Impulse gerichtet.

Neben theoretischen Gründen führt THOMÄ auch behandlungstechnische an, die für die Abweichungen der SCHULTZ-HENCKE-Schule verantwortlich gemacht werden könnten.

"Denn zu den unbewußten analdestruktiven Impulsen gelangt man kaum ohne eine systematische Übertragungs- und Widerstandsanalyse, die in klassischer Weise zuerst mit der Interpretation der peripheren und allgemeineren Aggressivität beginnt. SCHULTZ-HENCKEs Übertragungsreduzierte Modifikation der Technik ist nicht der einzige Grund, der es erschwerte, vom Allgemeinen der motorischen Aggressionen zu ihren speziellen Äußerungen zu gelangen. Es kommt hinzu, daß sich SCHULTZ-HENCKE mehr und mehr mit den FOLGEERSCHEINUNGEN der Geheimnissen befaßte und seine Behandlungstechnik darauf und nicht auf die Aufhebung der Verdrängung bzw. deren Erklärung richtete" (Thomä 1963/1964, S. 103).

Die Unterschiede in den Theorien über die Ätiologie des Zwanges haben sich anscheinend an der Aussage zur erotischen Empfindungsqualität der analen Erregungen entzündet. Nach FREUD besteht eindeutig eine Verbindung von Erotik und dem Akt der Defäkation, ferner mit der analen Masturbation und der Homosexualität (vgl. Nagera 1976, S. 131 - 142). Auch bei Kindern sei die erogene Bedeutung der Afterzone offensichtlich, denn sie könnten die Analerotik dadurch ausnützen,

"daß sie die Stuhlmassen zurückhalten, bis dieselben durch ihre Anhäufung heftige Muskelkontraktionen anregen und beim Durchgang durch den After einen starken Reiz auf die

Schleimhaut ausüben können. Dabei muß wohl neben der schmerzhaften die Wollustempfindung zustande kommen" (Freud 1905, GW 5, S. 86 f.).

Auch die Zusammenhänge zwischen Analerotik und bestimmten Charaktereigenschaften mit der Extremform der zwanghaften oder der anakastischen Persönlichkeit (vgl. ICD-8, Nr. 301.4) wurden von FREUD herausgearbeitet. Er interpretiert nämlich die typischen Charaktereigenschaften des Anakasten, Ordentlichkeit, Sparsamkeit (oder Geiz, mit dem Interesse am Produkt der Defäkation) und Eigensinn (als Weigerung des Kindes, nach den Wünschen der Mutter zu defäkieren) als ein Ergebnis der Sublimierungen des ehemaligen Analerotikers (vgl. Freud 1908, GW 7, S. 205).

Die Trieb-Lücken-Regel der Neopsychoanalytikerin Annemarie DÜHRSEN empfiehlt dem Analytiker, seine Aufmerksamkeit selektiv auf die motivationalen Aspekte der Äußerungen des Jugendlichen zu lenken. Die therapeutischen Interpretationen oder Deutungen sollen dann mit den Motivationskategorien der entsprechenden psychotherapeutischen Schule formuliert werden.

Bei zwanghaften Störungen wird somit ein SCHULTZ-HENCKE-Schüler die Gesprächsbeiträge des Ratsuchenden nach Hinweisen auf "Gehemmtheiten" der verschiedenen Antriebe und Impulsqualitäten absuchen, und er wird wahrscheinlich "Lücken" der motorischen Aktivität und Aggression finden, ferner Intentionales in der mangelhaften Steuerung des selbständigen Denkens und schließlich anale Antriebshemmungen. Ein Analytiker der klassischen FREUDschen Richtung dagegen wird zunächst durch Deutungen des Widerstandes des Zwangskranken die Verdrängungen des Aggressionstriebes herausarbeiten, danach muß er in den Zwangssymptomen oder analen Charaktereigenschaften die Erotik der Analität bewußt machen und die Regression auf die analerotische Phase des Erlernens der willkürlichen Defäkation bzw. die Sublimierung von analer Libido.

9. Sexualität und sexuelle Geheimnisse

Die Auffassungen der SCHULTZ-HENCKE- und der FREUD-Schule über die Sexualität weichen in vielen Punkten voneinander ab. Bisher sind wir lediglich auf die Partialtriebe der ersten beiden Entwicklungsphasen des Sexualtriebes eingegangen und haben die ursprünglichen Ansichten FREUDs über die sexuellen oder erotischen Empfindungen, Erregungen und Befriedigungen der oralen und analen "Leitzonen" hervorgehoben. Über die beiden letzten Phasen der Sexualentwicklung, die phallische und genitale Phase, bestehen besonders große Unterschiede zwischen diesen beiden Schulen. Da diese Phasen nach FREUD die wichtigsten der psycho-sexuellen Entwicklung sind, die SCHULTZ-HENCKE-Schule aber die Ansichten FREUDs nicht vollständig und unverändert aufgegriffen hat, sollen zuerst die klassischen Ergebnisse vorgestellt werden. Phallische und genitale Erotik nach S. FREUD

FREUD hatte eine Stufentheorie der Sexualentwicklung aufgestellt und die ersten beiden Phasen vor der bedeutsamen Ödipussituation als präödipale Phasen bezeichnet, womit er die orale und anale Phase meinte. Auf diese beiden Phasen folgen die phallische und die genitale Phase. Innerhalb der phallischen Phase, vom dritten bis zum fünften Lebensjahr, wird der Ödipuskomplex auf seinem Höhepunkt erlebt. In der Latenzphase versinkt diese Objektwahl der Eltern, und um das elfte Lebensjahr in der Pubertät erfolgt eine Neubelebung des Ödipuskomplexes, und die letzte Stufe der Libidoorganisation, die Genitalerotik, wird aufgebaut.

Für die Jugendberatung sind besonders die FREUD-schen Aussagen über die Veränderungen der Sexualität in der Phase der Pubertät bedeutsam. Die bisherige Lerngeschichte beeinflusst jedoch in ganz spezifischer Weise die Möglichkeiten der endgültigen Sexual- und Persönlichkeitsentwicklung:

"In der darauffolgenden Zeit der PUBERTÄT erfährt der Ödipuskomplex eine Neubelebung im Unbewußten und geht seinen weiteren Umbildungen entgegen. Erst die Pubertätszeit entwickelt die Sexualtriebe zu ihrer vollen Intensität; die

Richtung dieser Entwicklung und alle davon haftenden Dispositionen sind aber bereits durch die vorher abgelaufene infantile Frühblüte der Sexualität bestimmt" (Freud 1923, GW 13, S. 221 f.).

Die phallische Erotik

Die phallische Phase ist für die sogenannte Endgestaltung des Liebeslebens (Freud 1923) von zentraler Bedeutung, denn bei positiver Bewältigung des Ödipuskomplexes wird die endgültige genitale Sexualorganisation im Laufe der Pubertät hergestellt, bei negativem Verbleiben in der ödipalen Situation der Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und der rivalisierenden Feindschaft zum anderen entwickelt sich der Jugendliche zum Neurotiker. Nach FREUD muß somit die gesamte Psychopathologie und Ätiologie der Neurosen an Lernerfahrungen des Ödipuskomplexes angebunden bleiben.

Anhand der obigen Darstellung einiger Prozesse der oralen und analen (An-)Triebe sind uns wichtige Vorgänge dieser prä-ödipalen Phasen bekannt, sofern sie Einfluß auf die Bildung von Charakterneurosen und Neurosen nehmen. Ergänzen müßten wir die FREUDschen Ansichten über die wichtigsten Lernerfahrungen der phallischen Phase durch seine Auffassungen über den Ödipuskomplex und die genitale Phase der Pubertät. Wir wollen uns aber auf einige wenige Anmerkungen zu diesen Phasen beschränken.

Die wichtigsten Entwicklungsprozesse der phallischen Phase sind erstens die Errichtung des Primats von Penis und Klitoris, zweitens erreicht der Ödipuskomplex seinen Höhepunkt und geht zugrunde, und drittens werden Kastrationskomplex und Penisneid durchlebt.

Mit der Errichtung des Penisprimats entwickelt sich zunächst beim Kleinkind von zwei bis fünf Jahren bereits eine Organisation der Sexualität, die nach FREUD der Erwachsenensexualität bereits sehr nahe kommt: diese phallische Sexualität ist genital und sie kennt ein Sexualobjekt, auf das die Sexualstrebungen konvergieren, - die Vagina als weibliches Geschlechtsorgan bleibt jedoch unbedeutend (vgl. Freud 1905 bzw. 1924; zit. bei Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 384).

Der Penis und die Klitoris als homologe Organe werden vom

Vorschulkind als neue vorherrschende Triebquellen für die genitale Sexualerregung entdeckt. Das Triebziel der phallischen Erotik ist die Stimulation und Befriedigung der primären Geschlechtsorgane durch manuelle Masturbation oder Zusammendrücken der Oberschenkel u.ä.

In die phallische Phase fällt zweitens die Herausbildung und Auflösung des Ödipuskomplexes. Der Junge wählt als Triebobjekt die Mutter und erlebt den Vater als Rivalen, womit der Inhalt des (einfachen, positiven) Ödipuskomplexes eines Jungen umschrieben ist.

Beim Mädchen verläuft der Ödipuskomplex sehr viel komplizierter, denn sowohl Junge als auch Mädchen wählen als erste Objekte die (Brust der) Mutter. Das Mädchen jedoch muß als neues Sexualobjekt dem Vater wählen und die Vagina anstelle der Klitoris als neue leitende Genitalzone.

- Die Problematik des Wechsels dieser Genitalzonen soll hier ausgeklammert bleiben. -

Im "Idealmodell" einer "normalen", nichtneurotischen psychosexuellen Entwicklung geht dann ungefähr mit fünf Jahren der Ödipuskomplex des Jungen durch den Kastrationskomplex zugrunde. Das Mädchen verfällt zunächst dem Penisneid ("Männlichkeitskomplex"). Da sie ihre Mutter für den Penismangel verantwortlich macht, kann sie sich aus der Mutterbindung lösen und den Vater als neues Liebesobjekt wählen (weibliche Form des Ödipuskomplexes). Der Ödipuskomplex verschwindet also bei Jungen und Mädchen aufgrund der (motivationalen) Erfahrungen der Kastrationsdrohung und des Penisneides, wodurch vor allem Gefühle der Frustration und der elterlichen Mißbilligung wegen der Onanie hervorgerufen werden.

Auf die phallische Phase folgt bei beiden Geschlechtern die Latenzzeit als eine Phase vermindelter sexueller Aktivität. Während der Latenzphase, ungefähr vom Ende des fünften bis zum Beginn der Pubertät um das elfte Lebensjahr, werden die infantilen und inzestuösen Sexualwünsche verdrängt und aus Desexualisierung, Sublimierung und Reaktionsbildung ent-

stehen soziale Empfindungen, Kunst, Dichtungen, Moral, Ekel und Scham sowie Religion.

Pubertät und Genitalerotik

Mit dem Begriff Pubertät bezeichnet man den psychosexuellen Aspekt der Entwicklungsprozesse im Jugendalter zu Beginn der genitalen Phase des Erwachsenen.

FREUD definiert die Pubertät als die Lebensphase, in der die genitale Organisation der Libido aufgerichtet wird:

"Die volle Organisation der Sexualfunktion wird erst durch die Pubertät in einer vierten, genitalen Phase erreicht. Dann hat sich ein Zustand hergestellt, in dem (1) manche frühe Libidobesetzungen erhalten geblieben sind, (2) andere in die Sexualfunktion aufgenommen werden als vorbereitende, unterstützende Akte, deren Befriedigung die sogenannte Vorlust ergibt, (3) andere Strebungen von der Organisation ausgeschlossen werden, entweder überhaupt unterdrückt (verdrängt) werden oder eine andere Verwendung im Ich erfahren, Charakterzüge bilden, Sublimierungen mit Zielverschiebungen erleiden" (Freud 1940, GW 17, S. 77).

Sofern diese Errichtung des Genitalprimats im Laufe der Pubertät nicht gelingt, darf man dieses als einen Indikator für die Disposition zu Pathologien betrachten. Die sexuellen Triebe erfahren in dieser Lebensphase eine erhebliche Verstärkung, wodurch die bisher erreichte relative Stabilität der Partialtriebe des Kindes erschüttert wird. Vor allem erfolgt in der Pubertät eine Neubelebung des Ödipuskomplexes im Unbewußten. Je nachdem, wie der Ödipuskonflikt in der phallischen Phase gelöst wurde, wird auch die neue Objektwahl eines Liebespartners nach der Pubertät ausfallen. Das Kind mußte mit seiner Neugier in sexuellen Fragen auch die inzestuösen Phantasien überwinden. So wird der männliche Jugendliche die Ablösung von seiner Mutter als erstes Liebesobjekt "im Unbewußten" neu vollziehen müssen und das Mädchen von seinem Vater.

Das Ergebnis der Libidoentwicklung ist somit der Aufbau einer neuen Hierarchie der einzelnen Partialtriebe unter dem Primat der Genitalerotik oder die genitale Organisation

der Libido, wobei die sinnliche und zärtliche Strömung der Sexualität auf ein Sexualobjekt und Sexualziel gerichtet sind und die individuelle sexuelle Identität als männliche oder weibliche sich herausbildet. Männlichkeit oder Weiblichkeit sind hierbei die beiden sogenannten normalen Lösungsmöglichkeiten der konflikthaften Auseinandersetzung mit dem individuellen biologischen Geschlecht. Das psychologische Geschlecht wird jedoch entscheidend durch die Phantasien und Wünsche, Motivationen gegenüber einem anderen Menschen des gleichen oder anderen Geschlechts festgelegt.

Die FREUDschen Polaritätsbegriffe "Männlichkeit und Weiblichkeit" lassen sich erst für Aspekte der psychischen Sexualität der postödipalen Phasen der Pubertät und der genitalen Phase anwenden. In den prägenitalen Phasen spielt dieser Gegensatz noch keine Rolle, stattdessen gelten hier für die anale Erotik die Polarität von "aktiv-passiv" und für die phallische Erotik von "phallisch-kastriert". Erst ab der phallischen Phase beginnt das biologische Geschlecht durch die kindlichen Erfahrungen, daß die Mädchen keinen Penis haben, also "kastriert" sind, bedeutsam zu werden. In der Pubertät schließlich setzt sich für den Jungen die phallische Entwicklung fort: der aktive und männliche Teil der Modalitäten der Triebe geht in seine psychosexuelle Identität ein. In der Pubertät des Mädchens erfolgt keine geradlinige Weiterentwicklung der phallischen Erotik: in einer ersten Phase muß das Mädchen seine frühere klitorale Sexualität, die phallischen Charakter hatte, wegen der Homologie von Klitoris und Phallus, verdrängen und in einer zweiten Phase als neue leitende erogene Zone die Vagina akzeptieren mit dem Pol der Passivität in dem passiven Wunsch, ein Kind bekommen zu wollen.

Während FREUD die individuelle Entwicklung der Sexualität anhand der Entwicklung der einzelnen Komponenten des Sexualtriebes beschreibt, hat die SCHULTZ-HENCKE-Schule die einheitliche Erogenität der Partialtriebe oder der ent-

sprechenden Antriebe abgelehnt. Als Konsequenz dieser Motivationstheorie stellt sich für die Neopsychoanalyse das alte Problem der "vor-FREUDschen" Sexualitätstheorie neu: wann beginnt in der individuellen menschlichen Entwicklung die sexuelle Motivation erlebnisfähig zu werden oder wann entstehen sexuelle Gefühle, Bedürfnisse etc.?

Annemarie DÜHRSSSEN behandelt dieses Problem der ersten sexuellen Empfindungen oder Motivationen des Säuglings und Kleinkindes durch sehr kurze "Statements" oder behauptende Feststellungen, daß die Erörterung der Sexualität des Erwachsenen und Kleinkindes in den ersten Dezennien der psychoanalytischen Wissenschaft einen außerordentlich großen Raum eingenommen habe. Nach einer extrem ideologisierenden Ablehnung alles Sexuellen in einer historisch vergangenen Epoche sei das Pendel in die extreme andere Richtung ausgeschlagen. Heute wisse man, daß erste genitale Sensationen von angedeutet oder prägnant sexuellem Charakter bereits von Säuglingen und Kleinkindern erlebt würden und um das vierte bis fünfte Lebensjahr herum "ein kleiner erster Vorläufer der in der Pubertät mächtig einsetzenden Entwicklung" (Dührssen 1954, S. 23).

Ohne aber die FREUDschen Kategorien der Phasenlehre der Libidoorganisation zu benutzen, macht sie hier vage Angaben, die das Niveau der Aussagen der Entwicklungspsychologie der sexuellen Motivationen nicht erreichen. Die Diskussion der psychischen (und psychosomatischen) Störungen der Sexualität bei Kindern beginnt sie wiederum mit der "vor-FREUDianischen" Frage, wie das sogenannte normale Sexualverhalten beim Kind aussehen könnte und wie die zugehörige sexuelle Gehemtheit (vgl. Dührssen 1954, S. 62).

Aussagen über ein normales Sexualverhalten von (Klein-) Kindern werden von ihr nur sehr spärlich im Zusammenhang mit der Diskussion über die Onanie als neurotische Verhaltensweise getroffen, indem sie darauf hinweist, daß eine sogenannte "Spielonanie" bei Kindern aller Altersstufen

eine Normalerscheinung sei (vgl. a.a.O., S. 190).

Als Beispiele für das Gegenstück hierzu in der Form der sexuellen Gehemmtheit nennt sie das sogenannte "Quälkind" und führt hierzu ein kurzes Fallbeispiel an. Ersetzen wir jedoch den neopsychoanalytischen Begriff der Gehemmtheit und Hemmung durch die beiden FREUDschen Begriffe Verdrängung und Abwehr, so müssen wir unter sexueller Gehemmtheit eine große Zahl von Neurosen verstehen. FREUD hat bekanntlich in seiner Neurosenlehre überwiegend Verdrängungsprozesse (der Partialtriebe) des Sexualtriebes behandelt und nach seiner Meinung lassen sich die klassischen Neurosen (nämlich Angsthysterie (oder Phobie), Konversionshysterie und Zwangsneurose) auf die Konflikte der Ödipussituation in der phallischen Phase zurückführen, also auf erste Vorläufer der genitalen Erotik oder Sexualität.

Bei Annemarie DÜHRSEN jedoch ist die Bedeutung der Sexualität für die Neurosenentstehung auf das Fallbeispiel des "Quälkindes" und die Persionen zusammengeschrumpft. Lediglich in ihrem zweiten Werk werden unter dem Etikett der "Partnerwahl" spezielle Sexualproblematiken abgehandelt. Hier diskutiert sie Frigidität und Vaginismus bei Frauen und Ejaculatio praecox, Impotenz und impotentia satisfactionis bei Männern, sowie die Persionen (vgl. Dührssen 1960, S. 80 - 85). Da Annemarie DÜHRSEN diese sexuellen Störungen vorwiegend auf Hemmungen der sexuellen Antriebe zurückführt, verbleiben ihre Empfehlungen an den Therapeuten zur Behandlung sehr stereotyp. Der Therapeut muß die "Lücken" der sexuellen Antriebe irgendwie durch seine sprachlichen Äußerungen, Stellungnahmen oder Interpretationen aufgreifen und so irgendwie diese Gehemmtheiten auflösen helfen. Welche konkreten technischen Empfehlungen für die einzelnen sexuellen Störungen bei ihr aufzufinden sind, werden wir jetzt herausfiltern.

Als allgemeine Therapeutenempfehlung verbleiben die Maximen der Trieb-Lücken-Regel, die jedoch für die einzelnen Störungsbilder nicht modifiziert oder weiter präzisiert werden.

Beginnen wir mit den landläufig typischen Sexualstörungen, den Perversionen. Nach Annemarie DÜHRSSSEN bereiten die Perversionen sich allerspätstens in der Pubertät vor (vgl. Dührssen 1954, S. 134). Sie träten jedoch bei Kindern und Jugendlichen äußerst selten auf (vgl. dagegen Eissler 1966).

Die Perversion der Homosexualität wird zunächst zurückgeführt auf Hemmung und Verdrängung der allgemeinen Gefühlsbezogenheit zum anderen Geschlecht und auf Ängste und Bedrohungen, die vom andersgeschlechtlichen Partner ausgehen, auch sexuelle Verführung sei nicht unbedeutend und angeborene abartige Gefühlsbezogenheiten, wie Weichheit oder Anlehnungsbedürftigkeit bei Knaben (vgl. Dührssen 1954, S. 199 f.). Behandlungsvorschläge oder psychotherapeutische Hilfen für "perverse" Homosexuelle werden nicht entwickelt, ebensowenig geht sie auf die weibliche Form der Homosexualität, die lesbische Liebe, ein. Eine Problematisierung der Einordnung von gleichgeschlechtlicher Sexualität und Erotik in die Krankheitsgruppe der Perversionen erfolgt ebenfalls nicht.

Die häufigste Perversion nach der Homosexualität sei der Sadomasochismus. Seine Häufigkeit wird erklärt durch den relativ verbreiteten harten oder brutalen Erziehungsstil in bestimmten Familien, und als Therapievoranschlag einer beginnenden masochistischen Perversion eines fünfjährigen Mädchens empfiehlt sie "therapeutische Hilfestellung", ferner "Erweiterung der Kontaktfähigkeit" und "Erweiterung der Bezogenheit zur dinglichen Umwelt". Ganz allgemein wird die therapeutische Beeinflussbarkeit neurotischer Perversionen sehr ungünstig beurteilt.

Die Behandlungsempfehlung für spezielle Sexualprobleme von Erwachsenen sind größtenteils Ratschläge zur Veränderung

von bestimmten sexuellen Praktiken. Die Trieb-Lücken-Regel für analytische Interpretationen wird hierdurch für die sexuellen Gehemmtheiten weitgehend in Frage gestellt.

Sexuelle Probleme von Frauen seien besonders Frigidität und Vaginismus. Bei der Frigidität spielten halbbewußte und unbewußte Abwehrvorgänge gegen den Mann eine Rolle. Als Behandlungsmaßnahme empfiehlt sie für einen Teil der Fälle "formale Beratung, vielleicht Trost und Zuspruch" (Dührssen 1964, S. 82). Bei tiefverankerter neurotischer Frigidität käme man ohne eine analytische Therapie nicht aus, da ja diesen Frauen nicht einmal ein passageres Dulden des Sexualaktes möglich sei (vgl. a.a.O.).

Von den typischen männlichen Sexualstörungen ließe sich lediglich in einigen Fällen die Ejaculatio praecox behandeln, indem häufiger Geschlechtsverkehr evtl. kurz hintereinander empfohlen wird, um sexuelle Übererregung zu vermeiden. Impotenz und impotentia satisfactionis ließen sich nur durch analytische Therapie angehen; letzteres meint einen physiologisch normalen Sexualvorgang, jedoch ohne Sexualerregung und Befriedigungserlebnisse (vgl. a.a.O.).

Mit dieser Auflistung von Behandlungsvorschlägen bei sexuellen Störungen, Problemen und Gehemmtheiten wollen wir die Diskussion der motivationalen Ursachen von psychischen Erkrankungen und Störungen aus der Sicht der klassischen und der neopsychoanalytischen Tiefenpsychologie abschließen. Beide Schulen der Psychotherapie versuchen durch Deutungen, Interpretationen oder Ratschläge und Informationsvermittlung die gesamte Vielfalt der psychischen Störungen anzugehen. Daß aber zumindest bei Jugendlichen auch Probleme und Konflikte im Bereich der Familie, Schule und Arbeit auftreten können, die nicht nur durch sprachliche Bearbeitung spezieller motivationaler Aspekte dieser Probleme angegangen werden müssen, sollte nicht unerwähnt bleiben. Sowohl die Psychologie als auch die Erziehungswissenschaften stellen Kategorien bereit wie Kognition, Inhalte und

Ziele, die ebenfalls in eine sozialpädagogische Jugendberatung und -psychotherapie aufgenommen werden müssen.

Die wesentliche Heilungswirksamkeit der Methoden der (Neo-) Psychoanalyse wird von Vertretern dieser Schule der Psychotherapie auf die Bearbeitung der motivationalen Aspekte psychischer Erkrankungen zurückgeführt, die jedoch nach einer ganz speziellen motivationspsychologischen Theorie aufgegriffen werden müssen. Kernstücke dieser Behandlungsmethoden waren somit die (neo-)psychoanalytische Trieb- oder Antriebslehre und innerhalb der klassischen Schulen die Phasenlehre der Entwicklung der sexuellen Motivation nach FREUD. (Neo-)psychoanalytische Interpretationen bedeuten somit eine Versprachlichung von Motivationsproblemen in den Spezialsprachen der einzelnen psychotherapeutischen Schulen.

Ebenfalls fast ausschließlich durch sprachliche Einwirkungen versuchen die klientenzentrierten Gesprächspsychotherapeuten psychische Probleme anzugehen. Welche Schwerpunkte diese Schule der Psychotherapie in ihren technischen Empfehlungen an Therapeuten und Ratsuchende setzt, soll nun untersucht werden. Leitfaden unserer Analyse wird wiederum der Mittelaspekt oder die konkrete Arbeitsweise des Gesprächspsychotherapeuten sein, denn sowohl Psychoanalyse als auch Gesprächspsychotherapie verstehen ihre Behandlung als eine psychologische Beeinflussung, die sich durch die konkrete Zusammenarbeit von Berater und Ratsuchendem realisiert.

3. Die Lernprozesse der klientenzentrierten Gesprächs- psychotherapie in der sozialpädagogischen Jugendlichen- psychotherapie und Jugendberatung

3.0.1 Zur Geschichte und Indikation/Kontraindikation der Gesprächspsychotherapie

Im Gegensatz zur (neo-) psychoanalytischen Jugendlichenpsychotherapie hat die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (im folgenden abgekürzt: GPT) bisher keine spezielle Methode für die Behandlung von Jugendlichen entwickelt. Lediglich in Ansätzen existieren Anwendungsversuche einzelner Gesprächspsychotherapeuten, die Vorgehensweise dieser Schule der Psychotherapie auch in den verschiedensten Institutionen der Jugendhilfe einschließlich der Jugendberatung anzuwenden. Für die gesprächstherapeutisch tätigen (Kinder- und) Jugendlichenpsychotherapeuten und -berater hat sich bis heute auch keine eigenständige Berufsbezeichnung durchgesetzt, die dem Psychagogen aus den (neo-) psychoanalytischen Psychotherapieschulen entsprechen würde.

Diese Anzeichen eines evtl. geringen Entwicklungsniveaus der GPT müssen weitgehend unverstündlich erscheinen, wenn wir uns die frühen Anfänge dieser neuen Schule der Psychotherapie ansehen. Der Gründungsvater der GPT, C.R. ROGERS, hat in den ersten Jahren seiner praktischen Tätigkeit in den USA keineswegs wie FREUD als Erwachsenenpsychotherapeut gearbeitet, vielmehr waren seine ersten Klienten überwiegend Kinder und Jugendliche. Während FREUD und die Mehrzahl seiner neo-psychoanalytischen (orthodoxen) Schüler als selbständige Unternehmer in einer privaten Praxis für Psychotherapie u.ä. arbeiteten, begann ROGERS seine Tätigkeit in einer öffentlichen Institution der Jugendhilfe, nämlich in einer Erziehungsberatungsstelle für besonders gefährdete und delinquente Kinder.

Seine ersten praktischen Erfahrungen im Bereich der Klinischen Psychologie hatte er bereits während seines Psychologiestudiums an einer "normalen" Erziehungsberatungsstelle in Columbia gesammelt. Diese Beratungsstelle für Kinder ("Institute for Child

Guidance") stand nach seinen Aussagen unter dem Einfluß von Psychoanalytikern, und ROGERS unterzog sich ebenfalls einer Ausbildung zum Psychoanalytiker (vgl. Minzel 1974, S. 15).

Fast vierzig Jahre später beschrieb er seine damalige Tätigkeit in dieser von Psychoanalytikern geprägten Erziehungsberatungsstelle durch die folgende prägnante Arbeitsanweisung:

Über jedes einzelne Individuum mußte "eine erschöpfende Fallstudie von 75 oder mehr Seiten Länge (angefertigt werden), die auf die Persönlichkeitsdynamik der Großeltern, Eltern, Tanten und Onkel eingeht und endlich auf den 'Patienten' selbst; mögliches Geburtstrauma; Form des Abstillens; Grad der Abhängigkeit; Geschwisterbeziehung etc. Dann mußten ausgefeilte Testuntersuchungen erfolgen, einschließlich dem neu eingeführten RORSCHACH und endlich viele Interviews mit dem Kind. Erst dann wurde entschieden, welche Art der Behandlung erfolgen sollte. Fast immer lief es auf das gleiche hinaus: Das Kind wurde von einem Psychiater psychoanalytisch behandelt, mit der Mutter verfuhr ein Sozialarbeiter auf die gleiche Weise, und gelegentlich wurde der Psychologe gebeten, das Kind zu betreuen" (Rogers 1975, S. 14).

Für einen (neo-) psychoanalytischen Psychotherapeuten wird diese Tätigkeitsbeschreibung der verschiedenen Berufsgruppen in einer Erziehungsberatungsstelle wahrscheinlich noch viel zu vage sein, denn die diagnostischen Anforderungen zur Erstellung einer "wissenschaftlichen" oder der Psychoanalyse gemäßen Anamnese sind sehr viel ausführlicher (vgl. z.B. Dührssen 1972, S. 144 ff.). Aber anhand dieser knappen Reduktion der Arbeitsweise von Psychoanalytikern in der Kinderpsychotherapie lassen sich sehr gut die Ansichten von ROGERS über den Sinn und Unsinn der psychoanalytischen Diagnostik und Behandlung erkennen. Zur Charakterisierung einer Erziehungsberatungsstelle, die nach seiner obigen Beschreibung tätig wird, benutzt er den medizinischen Fachausdruck der Ambulanz. Er selbst glaubte dagegen vor 1940, daß die Ambulanz einer Erziehungsberatungsstelle (engl.: Child Guidance Clinic) einem Diagnostik-Service für Autos ähnlich sei: "Man bringt ein Problem herein, erhält eine sachkundige Diagnose und dazu den Rat, wie die Störung in Ordnung zu bringen sei" (Rogers 1975, S. 15).

Diese Auffassung über die diagnostischen Aufgaben einer Erziehungsberatungsstelle hat ROGERS später radikal über Bord

geworfen, er ging sogar so weit, fast jegliche diagnostischen Fragen aus seiner neu entwickelten Konzeption einer Psychotherapie auszuklammern. Einer seiner deutschen Schüler muß dann auch zugestehen, daß die Diagnostik in dem

"derzeitig überwiegend praktizierten Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie (...) lediglich das Ziel (hat), die Effektivität der Gesprächspsychotherapie durch den Vergleich der vor und nach der Therapie erhaltenen Daten zu prüfen, um daraus evtl. langfristig Änderungen der Behandlungsmethodik abzuleiten" (Bommert 1977, S. 59).

Für einen Gesprächspsychotherapeuten ist also die seit W. STERN (1911) über mehr als ein halbes Jahrhundert geführte wissenschaftliche Diskussion der Psychodiagnostik und differentiellen Psychologie weitgehend unwichtig geblieben. Auch die Tradition der psychiatrischen Diagnostik wird dadurch als erledigt betrachtet, daß man sie schlicht ignoriert.

ROGERS selbst hat die traditionelle Auffassung der psychoanalytischen Psychotherapie über eine wissenschaftlich fundierte Diagnostik und die daraus folgenden Behandlungsschritte in einer Erziehungsberatungsstelle in einem kurzen "Bekenntnis" niedergelegt:

"Ich will eine ungeheure Menge von Daten über diese Person sammeln, über ihre Intelligenz, ihre besonderen Fähigkeiten, ihre Persönlichkeit. Aus all dem kann ich ein ausgefeiltes diagnostisches Gutachten formen - hinsichtlich der Ursachen ihres gegenwärtigen Verhaltens, ihrer persönlichen und sozialen Hilfsmittel für die Auseinandersetzung mit ihrer Situation und der Prognose für die Zukunft. Ich will mich bemühen, all dies den zuständigen Stellen, den Eltern in einfacher Sprache darzulegen, auch dem Kind, soweit es in der Lage ist, das zu verstehen. Ich werde gesunde Vorschläge machen, die - wenn befolgt - das Verhalten ändern, und ich werde durch wiederholten Kontakt diese Vorschläge unterstützen. Bei alledem werde ich durchweg sachlich, professionell und persönlich distanziert von den betroffenen Personen bleiben. Nur insofern mache ich eine Ausnahme, als es persönlicher Wärme für einen befriedigenden Rapport bedarf" (Rogers 1975, S. 14 f.).

Dieses Selbstbekenntnis über seine Auffassungen zur Diagnostik in der Kinderpsychotherapie, bevor er die ROGERianische Gesprächspsychotherapie entwickelt hatte, faßt diejenigen Punkte der Diagnostik und Beratung zusammen, gegen die er später

seine eigene (Schule der) Psychotherapie erarbeitete.

Da ROGERS selbst psychoanalytisch ausgebildet war, dürfen wir davon ausgehen, daß diese Schulung in psychoanalytischen Kategorien und (Behandlungs-)Prinzipien die Neuentwicklung seiner Konzeption nicht unbeeinflusst gelassen hat. Als wesentlichen Vorgang der Neurosenentstehung hatten wir bei FREUD und SCHULTZ-HENCKE die Verdrängung oder Hemmung von (An-)Trieben herausgearbeitet. An den Übersetzungsbemühungen von ROGERS, möglichst ohne diese und andere (neo-)psychoanalytische Begriffe auszukommen, soll aufgezeigt werden, wie stark auch seine Neurosenlehre von der klassischen Auffassung beeinflusst ist.

Nach FREUD werden Neurosen u.a. durch Abwehrprozesse und Verdrängungen von "Repräsentanzen" oder Vorstellungen, Gedanken usw. hervorgerufen, die mit Triebbefriedigungen zusammenhängen. - Die feinen Bedeutungsunterschiede von Abwehr und Verdrängung wollen wir hier außer Betracht lassen und die Verdrängung als den Prototyp oder das Vorbild für alle anderen Abwehrvariationen ansehen (vgl. Laplanche/Pontalis 1975 Bd. 2, S. 584). - Indem die "Vorstellungsrepräsentanzen" der Triebe verdrängt werden und in Form von "psychoanalytischen" Symptomen wiederkehren, zeigen sich die Zusammenhänge von Trieben und Neurosen, und die Verdrängungslehre erweist sich hiermit als Grundpfeiler der Psychoanalyse.

In der Neurosenlehre SCHULTZ-HENCKES weitete sich der Mechanismus der Verdrängung zum wichtigsten Prozeß der Entstehung von Gehemmtheiten der verschiedenen Antriebe aus. Seine Schülerin Annemarie DÜHRSEN hatte Neurosen durch Hemmungen der Antriebe erklärt.

Die (neo-)psychoanalytische Behandlungsmethode besteht größtenteils aus der dialogischen Versprachlichung der verdrängten (An-)Triebe. Während der Analytiker seine psychoanalytischen Konstruktionen dem Analysanden vermittelt, arbeitet der Analysand diese Deutungen durch und integriert so das Verdrängte in sein bewußtes Erleben.

Die Prozesse des Durcharbeitens und der Auflösung von Verdrängtem, evtl. als Wiedererleben verdrängter Erinnerungen, werden auch von ROGERS an zentralen Stellen seiner Theorie der Psychotherapie angeführt.

"Wenn das Individuum alle seine Körper- und Sinneserfahrungen wahr und in ein konsistentes und integriertes System aufnimmt, dann hat es notwendigerweise mehr Verständnis für andere und verhält sich gegenüber anderen als Individuen akzeptierender" (Rogers 1951/1973, S. 442).

Zwei Seiten weiter sagt er hierzu:

"Wenn das Individuum mehr von seinen organischen Erfahrungen in seiner Selbststruktur wahrnimmt und akzeptiert, merkt es, daß es sein gegenwärtiges Wertsystem, das weitgehend auf verzerrt symbolisierten Introjektionen beruhte, durch einen fortlaufenden, organischen Wertungsprozeß ersetzt" (Rogers 1951/1973, S. 449).

Wo FREUD von Triebrepräsentanzen oder Vorstellungen der Triebbefriedigung spricht, benutzt ROGERS die Begriffe organische Erfahrungen und organismischer Wertungsprozeß. Bei FREUD wurden die Triebe auf organische oder körperliche Spannungszustände zurückgeführt. ROGERS dagegen verallgemeinert die Ursachen psychischer Konflikte und spricht von organischen Erfahrungen sowie Körper- und Sinneserfahrungen. Bezüglich bestimmter Aspekte des Mechanismus der "Verdrängung" zeigt sich also kein so großer und wesentlicher Unterschied zwischen FREUD und ROGERS, auch die behandlingstheoretischen Schlußfolgerungen ließen sich für beide Schulen in einer gemeinsamen Sprache formulieren. Schlagwortartig könnte man diese Positionen in den Kürzeln ausdrücken "aus ES muß ICH werden" und "Organisches muß zur Selbststruktur werden", beides ließe sich z.B. durch die Formulierung ersetzen, "somatische Aspekte der Motivation müssen erlebt, erkannt und versprachlicht werden".

Wir wollen jedoch diesen "harmonisierenden" Vergleich der psychoanalytischen und klientenzentrierten Psychotherapie hier abbrechen und zunächst einmal die abgrenzenden State-ments der GPT vorstellen. Da ROGERS psychoanalytisch ausge-

bildet war, hat er seine neue Konzeption einer Psychotherapie auch in Frontstellung gegen die Psychoanalyse entwickelt. Welche Argumente er gegen FREUD im Laufe der Neuformulierung seit 1942 und Etablierung seiner Konzeption nach ungefähr 1951 getragen hat, wollen wir uns im folgenden ansehen.

In seinem Buch "Die nicht-direktive Beratung" von 1942 weist ROGERS (1942/1972, S. 210) zwar explizit darauf hin, daß er jeden Versuch vermeiden wolle, die Verdienste der einen Denkrichtung gegen die einer anderen abzuwägen, dieses hindert ihn aber nicht daran, mehrfach implizit und explizit auf die FREUDSche Psychoanalyse einzugehen. Jedoch erst in seinem zweiten Werk über die "klientbezogene Gesprächstherapie" (1951) liefert er einige vergleichende Bemerkungen zu denjenigen Aspekten der Technik der Psychotherapie, die von Psychoanalytikern für wesentlich erachtet werden. Hier behandelt er nämlich u.a. Fragen der Übertragung und Gegenübertragung innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung (vgl. ROGERS 1951/1973, S. 187 - 205).

In seinem mehr theoretischen Buch über Fragen der Persönlichkeitspsychologie äußert ROGERS (1961) sich auch im Zusammenhang mit einigen biographischen Angaben über seine Ausbildung zum klinischen Psychologen und seine ersten praktischen Erfahrungen innerhalb einer von Psychoanalytikern geleiteten Erziehungsberatungsstelle. Daß er sich damals jedoch auch zum Psychoanalytiker ausbilden ließ, erwähnt er erstaunlicherweise nicht (vgl. Rogers 1961/1973, S. 24 - 28 und Minzel 1974, S. 15).

In der ersten größeren Veröffentlichung seines neuen Ansatzes der GPT typisiert ROGERS (1942/1972, S. 36 ff.) durch einige allgemeine Kennzeichen eine "neuere Psychotherapie". Dieser "neuere Ansatz" habe sich vornehmlich aus der Praxis der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie, aber auch aus der Arbeit in Schulen und sozialen Einrichtungen entwickelt. Als wichtige Quellen nennt ROGERS zwei Psychoanalytiker, die sich kritisch mit der FREUDSchen Methode auseinandergesetzt und sie verbessert hätten, nämlich Otto RANK und Karen HORNEY.

Ohne daß ROGERS an dieser Stelle genauer auf diese beiden amerikanischen Vertreter der Neo-Psychoanalytiker und ihre Beiträge zu einer Revision der klassischen FREUDschen Lehre eingeht, zählt er verschiedene Merkmale des "neueren Ansatzes" der Psychotherapie auf. Inwiefern sein eigener Ansatz der GPT in diese Strömung eingebettet ist, läßt er an dieser Stelle offen. Wir dürfen aber annehmen, daß er anhand dieser typischen Kennzeichen auch die GPT beschreiben wollte. Gleichzeitig liefert ROGERS uns hiermit auch eine Abgrenzung von der Psychoanalyse.

Allgemein unterscheidet sich der "neuere Ansatz" der Psychotherapie von dem älteren durch ein grundlegendes anderes Ziel.

"Er zielt direkt auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums ab, statt zu hoffen, daß sich diese Resultate ergeben, wenn der Berater bei der Lösung des Problems hilft. Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem. Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird" (Rogers 1942/1972, S. 36).

In dieser relativ allgemeinen Beschreibung der Ziele eines neuen Ansatzes der Psychotherapie deutet sich bereits eine Besonderheit der Schule der Psychotherapie von ROGERS über die Bedeutung der Diagnostik an, die bis heute innerhalb dieser Schule weitgehend unbestritten war und erst durch abstrakte Absichtserklärungen seiner Schüler, eine differentielle Gesprächspsychotherapie zu entwickeln, ins Wanken gerät (vgl. Bommert 1977, S. 152 ff.). ROGERS lehnt nämlich jede Diagnostik oder "wissenschaftliche" Erfassung des Problems oder der psychischen Störung ab und verlangt stattdessen ausschließlich die klientenzentrierte Behandlung der ganzen Persönlichkeit des Ratsuchenden gleich in den ersten Sitzungen der Psychotherapie.

Er behauptet, mit seiner psychotherapeutischen Methode nicht ein spezielles Einzelproblem eines "Falles" zu lösen, sondern

er möchte die Persönlichkeit, Wahrnehmungsverzerrungen und psychologischen Fehlanpassungen des "Selbst" einer sog. Wachstumskorrektur unterziehen, indem er - wie ein guter Gärtner - optimale Wachstumsbedingungen dem Organismus Mensch zur Entfaltung seiner angeborenen Selbstheilungskräfte zur Verfügung stellt.

Lassen wir die theoretischen Erörterungen zu Fragen der Zielbestimmung von klientenzentrierter Psychotherapie wiederum außer Betracht und wenden wir uns den technischen Konsequenzen dieser Ablehnung der Psychodiagnostik oder Diagnostik der psychischen Erkrankungen zu.

Explizit formuliert ROGERS die These, daß innerhalb der klientenzentrierten Psychotherapie eine psychologische Diagnose, wie sie allgemein verstanden wird, für die Psychotherapie überflüssig sei und für den therapeutischen Prozeß eher schädlich sein könne (vgl. Rogers 1951/1973, S. 206).

Für die konkrete Arbeitsweise eines Gesprächspsychotherapeuten ergibt sich hieraus die Konsequenz, bei seiner Behandlung auf die Erstellung einer psychologischen (oder psychiatrischen) Diagnose zu verzichten und möglichst sofort mit dem ersten Kontakt die Behandlung zu beginnen.

Nach ROGERS ergeben sich aus dieser Vorgehensweise für Klient und Psychotherapeut mehrere Vorteile, auf die wir hier nicht genauer einzugehen brauchen (vgl. a.a.O.). Ein Psychotherapeut sei jedenfalls nicht in der Lage, durch die Erstellung einer Diagnose die eigentliche psychische Ursache der Störung richtig zu erfassen. Die psychische Ursache eines (Fehl-)Verhaltens sei eine bestimmte Wahrnehmung oder eine Art des Wahrnehmens. Der Klient sei der einzige, der die Möglichkeit habe, die Eigentümlichkeit seiner Wahrnehmungen und seines Verhaltens voll und ganz zu erkennen (vgl. Rogers 1951/1973, S. 207).

Für diese ausschließliche Befähigung des Individuums selbst zur Erfassung der Ursachen von Verhalten (und Verhaltens-

störungen) führt ROGERS noch eine Reihe weiterer Argumente an, die alle darauf abstellen, die individuelle Einmaligkeit des psychischen Erlebens und Wahrnehmens zu begründen. Da jedoch die theoretischen Erörterungen zur Funktionsweise einer Methode der Psychotherapie von uns weitgehend unbeachtet bleiben sollen und wir uns auf die konkrete Tätigkeit der einzelnen Schulen der Psychotherapie beschränken wollen, dürfen wir seine weiteren Argumente unberücksichtigt lassen. ROGERS empfiehlt also dem Therapeuten, auf die Technik der Diagnoseerstellung zu verzichten. Weiter unten werden wir feststellen, daß er als Ersatz die technische Regel der "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (VEE) formuliert, d.h. der Therapeut soll sich darauf beschränken, die Motivationen des Klienten in der gegenwärtigen Therapiesituation anzusprechen.

Die wohl bedeutsamste Konsequenz des Verzichts auf eine psychologische Diagnose für die Praxis der GPT besteht jedoch darin, daß diese Methode "sehr weitläufig anwendbar" sein soll (Rogers 1951/1972, S. 214). Da der Psychotherapeut oder Berater auf die Erstellung einer Diagnose verzichten soll, darf oder braucht er sich auch keine Gedanken über die Grenzen der Anwendbarkeit seiner Methode zu machen.

FREUD hatte diese Frage der Indikation und Kontraindikation der Psychoanalyse relativ ausführlich erörtert und zumindest durch die Unterscheidung von narzißtischen Neurosen und Übertragungsneurosen die Grenzen der Anwendbarkeit der psychoanalytischen Therapie abgesteckt, abgesehen von Altersgrenzen und bestimmten Persönlichkeitseigenschaften wie durchschnittlicher Intelligenz.

Nach den Erfahrungen von ROGERS soll die Anwendbarkeit der Gesprächspsychotherapie unbegrenzt sein. Die Festlegung auf bestimmte Gruppen von Erkrankungen oder Störungen hält er sogar für eine dogmatische Einengung. Die These der unbegrenzten Anwendbarkeit oder Indikation scheint jedoch kein Dogma zu sein. Er jedenfalls ist der Ansicht, "daß der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen

zu setzen, keinen Vorteil bringt" (Rogers 1951/1973, S. 214). Durch Erfahrung und Forschung werde sich zeigen, für welche Gruppen von Individuen seine Methode kontraindiziert sei.

Aufgrund der Erfahrungen und Forschungen ungefähr der letzten 25 Jahre konnte das Problem der Indikation und Kontraindikation der GPT jedoch anscheinend immer noch nicht abschließend geklärt werden. ROGERS selbst vertrat noch 1951 die These der fast unbegrenzten Indikation der GPT. Die konkretesten empirischen Ergebnisse von 1976 dagegen besagen, daß die GPT dann kontraindiziert ist, wenn erhöhte Testwerte in den Neuroseskalen Hd (Hypochondrie) und Hy (Hysterie) und/oder in den Charakterskalen Sc (Schizoidie) und Pp (Soziopathie) des MMPI (T größer 60) nachgewiesen werden können (vgl. Frohburg 1976, S. 77).

Erst 1974 formulierte MINSEL (1974, S. 56) die folgende abschließende Beurteilung des Indikationsproblems: "Die Indikation/Kontraindikation der gesprächspsychotherapeutisch-klientenzentrierten Psychotherapie ist bisher überwiegend ungeklärt."

Im Gegensatz zu dieser selbstkritischen Äußerung eines Gesprächspsychotherapeuten und der These der allgemeinen Anwendbarkeit von ROGERS hatte der "Vater" der deutschsprachigen GPT, Reinhard TAUSCH, bereits 1968 relativ präzise Angaben zur begrenzten Anwendbarkeit dieser Methode der verbalen Psychotherapie formuliert:

"GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE ist angemessen bei emotionalen Schwierigkeiten, Problemen und Krisen usw. von Klienten, die im wesentlichen nicht mit mangelnden Informationen oder bestimmten Umweltbedingungen zusammenhängen, sondern entscheidend durch die persönlich-individuellen Arten des Fühlens, Erlebens und Verhaltens der Klienten bedingt werden, zu deren Änderung die Klienten zumindest im Verlauf der Gesprächspsychotherapie bereit sind. Es handelt sich im wesentlichen um mit Furcht und Angst verbundene unangemessene Verhaltensreaktionen, die vermutlich in vergangenen Erfahrungen gelernt wurden und die sich in bestimmten Situationen des alltäglichen Lebens verwirklichen" (Tausch 1970, S. 9 f.).

Sein Schüler BASTINE hat die verschiedensten Aussagen zur Indikation/Kontraindikation der GPT so zusammengefaßt. Zur Indikation läßt sich sagen:

"Im klinischen Bereich scheint diese Therapieform vor allem geeignet für Personen mit allgemeinen neurotischen Störungen, insbesondere auch mit Konflikten zwischen Selbst- und Ideal-konzept, mit Entscheidungsproblemen in verschiedenen Lebens-bereichen und situationsgebundenen und sozialen Ängsten. Voraussetzung ist jedoch für alle Klienten die Möglichkeit, sich sprachlich - auch über eigene Gefühlszustände - auszudrücken, was die Anwendbarkeit der therapeutischen Methode meist auf Mittelschicht-Angehörige begrenzt" (Bastine 1971, S. 486; vgl. auch a.a.O., S. 482; ferner drs., 1973, S. 75).

Zur Kontraindikation der GPT formuliert er folgendes:

"Klienten mit psychopathologischen Störungen, Depressionen, Zwangsneurosen und 'isolierten' Verhaltensstörungen lassen sich schwieriger gesprächstherapeutisch behandeln" (Bastine 1971, S. 486).

Der TAUSCH-Schüler MINSEL (1974, S. 89) dagegen faßt die Ergebnisse der verschiedensten empirischen Arbeiten zur Indikation/Kontraindikation so zusammen:

Erfolgreich sei die GPT

- 1.) bei psychoneurotischen Persönlichkeitsstörungen
- 2.) bei Problemen antisozialen Verhaltens
- 3.) bei Alkoholikern;

weniger erfolgreich dagegen bei

- 1.) Phobien
- 2.) psychosomatischen Störungen und
- 3.) Schizophrenen.

Eine von FROHBURG (1976) durchgeführte sehr umfangreiche Analyse zum Indikationsproblem - sie sichtete ungefähr 500 Veröffentlichungen der letzten 20 Jahre - hat nach ihren Angaben auch keine positiven Ergebnisse erbracht. Nach der Literaturanalyse lassen sich lediglich die Aussagen belegen, daß gegenwärtig "noch keine gesicherten Aussagen" vorlägen, die das Indikationsproblem lösen könnten. Weder die traditionellen Diagnosekategorien der Psychiatrie und klinischen Psychologie noch die verschiedensten Klassifikationssysteme der

Psychopathologie erlaubten eine definitive Entscheidung über die erfolgreiche Anwendbarkeit der GPT (vgl. Frohburg 1976, S. 75 und 76).

Aufgrund ihrer eigenen empirischen Untersuchungen glaubt FROHBURG jedoch, die Grenzen der Indikation dieser verbalen Methode der Psychotherapie angeben zu können. Entsprechend den Angaben von TAUSCH und MINSEL präzierte sie die Angaben zur Kontraindikation:

"Nach eigenen Befunden bleiben therapeutische Gespräche nur dann ineffektiv, wenn die Patienten zwar unzufrieden mit sich selbst und ihrer Situation oder besonders introvertiert sind (ausgedrückt z.B. durch erhöhte Testwerte im Selbst-/Idealbild-Q-Sort, in der I-Skala des INR, D- und Si-Skala des MMPI), sich jedoch erhöhte Testwerte in den Neuroseskalen Hd und Hy und/oder den Charakterskalen Sc und Pp des MMPI (T größer 60) nicht nachweisen lassen. Bei diesen Patienten ergeben sich zusätzlich häufiger Therapieabbrüche als bei den übrigen Patienten" (Frohburg 1976, S. 27). (44)

Vergleichen wir diese präzisen Angaben von diagnostischen und statistischen Kennwerten zur Indikation/Kontraindikation mit den Vermutungen des Begründers der GPT, dann ist sicherlich ein wissenschaftlicher Fortschritt bei der Beantwortung der Problemstellung von ROGERS festzustellen, für welche Gruppe von Individuen seine Methode kontraindiziert sei (s. oben S.289; bzw. Rogers 1951/1973, S. 214).

Ungelöst ist aber immer noch das konkrete Entscheidungsproblem der Anwendung einer der vielen Methoden der Psychotherapie für bestimmte Probleme bei bestimmten Klienten. Die GPT hat also das Indikationsproblem zunächst als eine "Alles-oder-Nichts"-Frage aufgefaßt, indem sie in einseitiger Frontstellung gegen die Psychoanalyse Beweise für die weitläufige Anwendbarkeit der GPT gesucht hat. In der Art der Bearbeitung der Frage der Indikation und Kontraindikation unterscheiden sich somit die Psychotherapieschulen von FREUD und ROGERS. Versucht man jedoch genaue Angaben über die Grenzen der Anwendbarkeit beider Methoden für die Psychotherapie und Beratung von Jugendlichen zu erhalten, dann verwischen sich die Unterschiede zwischen den Angaben zur Kontraindikation beträchtlich.

Der Psychoanalytiker MALE (1964/1976) z.B. behandelt sowohl neurotische als auch präschizophrene Erkrankungen, also Erkrankungen aus dem Vorstadium der narzißtischen Neurose der Schizophrenie, die nach FREUD innerhalb bzw. durch die Übertragungsneurose nicht behandelt werden könnten.

Aufgrund neuerer empirischer Untersuchungen über die Wirksamkeit der GPT bei Jugendlichen lassen sich nur sehr unvollständige Anweisungen zur Frage der Kontraindikation ableiten. Da nicht über das gesamte Spektrum der psychischen (und psychiatrischen) Störungen und Erkrankungen Untersuchungen vorliegen, läßt sich zunächst nur feststellen, daß Arbeits- oder Leistungsstörungen durch die GPT nicht wesentlich gebessert werden können, außer sie treten zusammen mit Angst, Psychoneurotizismen oder anderen Persönlichkeitsschwierigkeiten auf (vgl. Schmidtchen, Kaatz 1976, S. 224).

Diese Unklarheiten über die Anwendbarkeit der GPT hält ROGERS jedoch nicht für sehr bedeutsam, weil seine klinischen Erfahrungen gezeigt hätten, daß diese Therapie dem Individuum offenbar keinen Schaden zufüge. ROGERS wagt sogar diese weitreichende Behauptung:

Die Betrachtung der Frage der Grenzen der Anwendbarkeit der Gesprächspsychotherapie "führt zu der Schlußfolgerung, daß die klient-bezogene Therapie sehr weitläufig anwendbar ist - daß sie in gewissem Sinne tatsächlich auf alle Personen angewandt werden kann. Eine Atmosphäre des Akzeptierens, des Respekts und des tiefen Verstehens ist ein gutes Klima für persönliches Wachsen, und deshalb ist sie für unsere Kinder, für unsere Kollegen und Studenten ebenso geeignet wie für unsere Klienten, gleichgültig, ob sie 'normal' sind, neurotisch oder psychopathisch. Das heißt aber nicht, daß sie jeden psychischen Zustand HEILT, und in der Tat ist das Konzept der Heilung dem Ansatz, den wir betrachtet haben, ziemlich fremd. Bei einigen Arten von Individuen kann ein Krankenhausaufenthalt notwendig sein, bei anderen ist unter Umständen eine medikamentöse Behandlung erforderlich, und bei psychosomatischen Zuständen kann die Anwendung einer Vielzahl von medizinischen Hilfsmitteln angebracht sein" (Rogers 1951/1973, S. 214).

Abgesehen von den Unterschieden der Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie in Fragen der Anwendbarkeit oder Indi-

kation/Kontraindikation und in der Beurteilung der Notwendigkeit einer psychologischen Diagnostik lassen sich noch weitere Unterschiede feststellen.

Bereits 1942 hatte ROGERS den neuen Ansatz der Psychotherapie, zu dem er auch die GPT zählt, durch die folgenden vier Merkmale beschrieben:

- Erstens stütze er sich viel stärker auf den individuellen Drang zum Wachsen, zur Gesundheit und Anpassung;
- zweitens betone diese neuere Psychotherapie stärker die emotionalen Elemente oder Gefühlsaspekte der augenblicklichen Situation im Gegensatz zu intellektuellen Aspekten;
- drittens lege die neuere Therapie größeren Nachdruck auf die Gegenwart, die derzeitige Situation, und nicht auf die Vergangenheit;
- viertens sei dieser Ansatz der erste, der die therapeutische Beziehung selbst als Erfahrung des Wachsens betont und nicht irgendwelche Erfahrungen nach Abschluß der Behandlung; in mancher Hinsicht sei dies vielleicht sogar der wichtigste Aspekt des neuen Ansatzes (vgl. Rogers 1942/1972, S. 36 f.).

Das erste Merkmal beschreibt noch einmal die Ziele und damit zusammenhängende theoretische Postulate der GPT. Das zweite und dritte Merkmal enthalten wesentliche Aussagen zur Methodik oder konkreten Arbeitsweise des Psychotherapeuten. Anhand des vierten Merkmals wird relativ allgemein die therapeutische Beziehung zum heilungswirksamen Faktor erklärt.

Vergleichen wir diese Charakterisierung des neuen Psychotherapieansatzes aus der ersten Veröffentlichung ROGERS' über die GPT vom Jahre 1942 mit der ungefähr dreißig Jahre später entfalteten Formgebung in einigen deutschsprachigen Lehrbüchern oder Einführungen, so müssen wir feststellen, daß die heute als wesentlich erkannten vier Merkmale der GPT bereits in dieser Zusammenstellung enthalten sind.

Wir hatten bisher vorwiegend die Methodiken oder Techniken der einzelnen Tochterschulen der psychoanalytischen Psychotherapie verglichen und wollen auch die von ROGERS neu entwickelte Psychotherapieschule speziell unter dem Mittelspekt betrachten.

Die spezielle Methodik der GPT wurde von ROGERS in dieser ersten Veröffentlichung von 1942 erstmalig allgemein dargestellt. Jedoch erst aus der rückblickenden Perspektive unserer heutigen Erfahrungen der 70er Jahre lassen sich die wesentlichen Merkmale herausheben, die durch empirische Untersuchungen bestätigt werden konnten.

Versucht man, in einem kurzen Überblick die Entwicklung der Methodik der GPT zu skizzieren, so lassen sich drei Stadien unterscheiden (vgl. auch Bommer 1977, S. 16 ff.; bzw. Seeman (1965) und Hart (1970)).

Die erste Phase ab 1942 ist durch die oben referierte relativ allgemeine Beschreibung der Technik gekennzeichnet, wobei ROGERS sich noch eng an die Beziehungstherapie des Psychoanalytikers Otto RANK anlehnte (vgl. Rogers 1942/1972, S. 353 ff.). Die obige Beschreibung der vier Merkmale des neuen Ansatzes einer Psychotherapie charakterisiert diese Auffassung. ROGERS erarbeitete durch die genaue Beschreibung der therapeutischen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient diejenigen Merkmale einer optimalen Beziehung, die seinen Zielen von Psychotherapie förderlich seien (vgl. bes. Rogers 1942/1972, S. 83 - 107).

Trotz weniger Bezugnahmen auf die Technik der FREUDschen Psychoanalyse bestehen noch enge Verwandtschaften der Klienten- und Therapeutenregeln der GPT zu den Regeln für Analytiker und Analysand innerhalb der psychoanalytischen Behandlung, ganz besonders zu den technischen Empfehlungen der Handhabung der Übertragung und Gegenübertragung.

Die zweite Phase der Technik der GPT zeichnet sich durch einen übergroßen Rigorismus in der Methodik aus, denn ROGERS glaubte, bei einer Einhaltung von nur vier technischen Empfeh-

lungen eine optimale Psychotherapie voraussagen zu können. In seinem Aufsatz von 1957 über "Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen der therapeutischen Persönlichkeitsveränderung" wird diese strenge Auffassung in einem Kanon von nur drei Regeln oder Variablen für den Psychotherapeuten und einer einzigen Klientenregel formuliert. Die deutschen Bezeichnungen für die drei technischen Therapeutenregeln lauten:

- 1.) Positive Wertschätzung und emotionale Wärme,
abgekürzt: W-Variable;
- 2.) Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte,
abgekürzt: VEE-Variable;
- 3.) Echtheit und Selbstkongruenz,
abgekürzt: E/S-Variable.

Die einzige Klientenregel fordert "Selbsterploration", abgekürzt auch SE-Variable genannt.

Der dritten Phase der Methodik der GPT wollen wir alle diejenigen Ansätze zuordnen, die eine Festschreibung der Technik der GPT auf nur vier Regeln nicht akzeptierten und sowohl durch theoretische als auch empirische Arbeiten das Repertoire der als günstig und heilungswirksam erkannten Techniken erweiterten. Da bereits ab 1953 entsprechende Veröffentlichungen publiziert wurden (vgl. Mahl 1953; zit. n. Minsel 1974, S. 73), ist eine genaue Datierung dieser Phase nur annähernd möglich. Nach den Angaben von MINSEL (1974, S. 73 f.) scheint diese dritte Phase der Erweiterung des "Dreier-Dogmas" der Psychotherapeutenregeln besonders in den späten 60er Jahren begonnen zu haben und bis heute weiterzu bestehen.

Einige Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen mögen noch heute in der zweiten Phase des technischen Rigorismus verblieben sein und aufgrund der Schwierigkeiten bei der Realisierung der W- und E/S-Variablen die Einhaltung der Therapeutenregel der "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" trainieren (vgl. Minsel 1974, S. 24, bes. S. 27 und S. 105 ff.)

Da ROGERS jedoch bereits 1942 die empirische und experimentelle Erforschung der Psychotherapie gefordert hatte, ist zu hoffen, daß "die Schäden, die unkritische und nicht fragende 'Jünger' angerichtet haben" (Rogers 1961/1973, S. 31), indem sie die Vorschläge ihres Lehrers zur Gestaltung der Methodik der GPT auf eine Handvoll Dogmen des Therapeuten- und Klientenverhaltens reduzierten, relativ gering bleiben mögen.

ROGERS jedenfalls betonte, daß er seine Gedanken immer versuchsweise dargeboten hätte, damit sie vom Leser oder Hörer angenommen oder abgelehnt werden könnten (vgl. Rogers 1961/1973, S. 31).

3.0.2 Das Konzept der Prozeßskala zur Beschreibung der Lernprozesse des Klienten im Verlauf der Gesprächspsychotherapie

Relativ abgehoben von der Entwicklung der Methodik der GPT mit der Herausarbeitung und empirischen Erforschung von Therapeuten- und Klientenregeln für ein optimales therapeutisches Handeln hat ROGERS (1958, 1959a) auch eine Prozeßskala zur Beschreibung und Messung der Lernprozesse des Klienten während des Verlaufs der Gesprächsbehandlung entwickelt. Von den Gesprächspsychotherapeuten scheint bisher die Bedeutung dieser Prozeßskala nicht erkannt worden zu sein, denn in einigen wichtigen Lehrbüchern und Einführungen in die GPT wird die Prozeßskala entweder nur additiv neben vielen anderen Theorieaspekten referiert (vgl. Tausch 1968/1970, S. 253 ff.; Pfeiffer 1975, S. 155 ff.) oder gänzlich ausgeklammert (vgl. Minsel 1974, S. 98; Bonmert 1977, S. 18).

Aus welchen Gründen die Wichtigkeit der Prozeßskala des Verlaufes verkannt wird, soll hier nicht untersucht werden. Vielleicht hat die mißverständliche Bezeichnung zu einem "Mimikry-Effekt" geführt oder das starke Interesse an der Technik der Prozeß v a r i a b l e n und Prozeßmerkmale

ließ die Prozeß s k a l a in Vergessenheit geraten. Auch kann die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, daß die von ROGERS vorgeschlagene Lösung den Anforderungen der Praxis oder den Ansprüchen der Theoretiker nicht genügen kann.

Nach den Vorstellungen der ROGERS-Schule beschreiben die einzelnen Skalen der Prozeßskala die Veränderungen in sieben verschiedenen "Funktionsbereiche(n) des Klienten" (Tausch 1968/1970, S. 253) oder von "7 verschiedenen Aspekten" des "gestalthaft geschlossenen Geschehens" psychotherapeutischer Gespräche (Pfeiffer 1975, S. 155). Was jedoch unter Funktionsbereich oder Aspekt in diesem Zusammenhang zu verstehen ist, bleibt leider unklar. Nach der von TAUSCH (1968/1970, S. 254 f.) referierten schematischen Übersicht der Prozeßskala sollen die folgenden sieben "Funktionsbereiche" erfaßt werden:

- 1.) Gefühle und persönliche gefühlsmäßige Meinungen (des Klienten),
- 2.) Unmittelbar gegenwärtiges Erleben und Erfahren,
- 3.) Inkongruenz,
- 4.) Kommunikation über das Selbst,
- 5.) Erfahrungskonstrukte,
- 6.) Beziehung zu Problemen,
- 7.) Beziehung zu Personen.

Anhand der von ROGERS gelieferten relativ ausführlichen Charakterisierung sowie verschiedener Beispiele lassen sich diese "Chiffren" mit Bedeutungen füllen. Den Zweck dieser Prozeßskala hatten wir mit einer Beschreibung der Lernprozesse des Klienten im Verlauf der GPT angegeben. Die Prozeßskala erfaßt somit die Lernprozesse des Klienten in verschiedenen seelischen Funktionsbereichen oder Aspekten seines psychischen Geschehens.

Innerhalb der Psychologie versteht man unter Funktion

1. eine Tätigkeit, die auf die Erreichung eines bestimmten Zweckes gerichtet ist, sowie die Zweckbestimmung der Tätigkeit, 2. eine Leistung zur Erfüllung einer bestimmten Aufgabe und die durchzuführende Aufgabe selbst. Beide Bedeutungen

dienen zur Kennzeichnung bestimmter einzelner psychischer Vorgänge, Tätigkeiten und Leistungen. Die grundlegenden Funktionen sind die vegetativen, sensorischen, motorischen und psychischen. Bei den psychischen Funktionen unterscheidet man zwischen Gedächtnis (mnestische Funktion), Denken (noetische Funktion), Willen oder Wollen (volitive Funktion) usw. (vgl. Dorsch 1963, S. 122).

Im medizinischen und psychiatrischen Sprachgebrauch wird der Begriff Funktion (3.) (der Leber oder Retina) für die Aktivität oder den Bereich der Aktivität eines Organs oder Organismussystems benutzt. Eine Funktionsstörung oder funktionelle Störung meint eine Störung einer bestimmten Funktion im Sinne der 1., 2. und 3. Definition, z.B. eine Intelligenz- oder Wahrnehmungsstörung, die auf keine erkennbaren organischen Veränderungen zurückgeführt werden können (vgl. Drever/Fröhlich 1968, S. 87 f.).

Im Sinne der letzten Bedeutung wird der Begriff der Funktionsstörung im englischsprachigen Raum nach DREVER/FRÖHLICH (1968, S. 159) auch als Oberbegriff für Neurosen und andere Funktionsstörungen benutzt, die auf keine körperlichen Veränderungen oder Schädigungen zurückgeführt werden können.

Nach der internationalen Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten versteht man unter funktionellen Störungen Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (oder Psychopathien, Charakterneurosen) (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 13).

Als letzte Bedeutung wollen wir die psychoanalytische erwähnen. Hiernach wird Funktion als Ich-Funktion verstanden und meint die Leistungen des Organismus wie Wahrnehmung, Gedächtnis und Denken, die zur Befriedigung der Triebe dienen (vgl. zum folgenden: Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 184 - 202). In den "Studien über Hysterie" behandelt FREUD (1895, GW 1, S. 252 ff., bes. S. 295 f.) u.a. Fragen der Gedächtnisfunktion, daß pathogene Erinnerungen vom "Ichbewußtsein" blockiert und ohne Durcharbeitung der Widerstände nicht ins Ich aufgenommen würden. Seine erste metapsychologische Unter-

suchung "Entwurf einer Psychologie" beschreibt die Funktion des Ich als verbotende Art (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 189), die zum Teil in der Zensur aufzufinden sei, was in der "Traumdeutung" (GW 2 und 3, 1920) behandelt wird.

Dem Denken wird hier der Primär- und Sekundärvorgang gegenübergestellt. Den sekundärprozeßhaften Denkvorgängen stünden die primärprozeßhafte Symptombildung und Träume gegenüber, die von anderen Gesetzen beherrscht würden, vor allem von einem unaufhörlichen Gleiten der Bedeutungen (durch z.B. Verschiebung, Verdichtung). Im wachen Denken des Vorbewußten übe das Ich eine mäßigende und verbotende Rolle (Funktion) auf den Primärvorgang des Unbewußten aus. Nach der "Wende" von 1920 schreibt FREUD dem größtenteils unbewußten Ich die verschiedensten Funktionen oder Aufgaben zu: "Kontrolle der Motilität und der Wahrnehmung, Realitätsprüfung, Antizipation, zeitliche Ordnung der seelischen Vorgänge, rationales Denken etc., also auch Mißverständnis, Rationalisierung, Abwehr der Triebforderungen" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 195).

Durch die von ROGERS u.a. entwickelte Prozeßskala der Lernvorgänge eines Klienten werden jedoch keineswegs psychische Funktionen in dem eben definierten Sinn beschrieben, sondern bestimmte "Aspekte" oder Eigenschaften, Relationen von speziellen psychischen Funktionen, die durch nicht immer einsichtige oder theoretisch hinreichend begründete Begriffe bezeichnet werden. Diese von ROGERS benutzten Begriffe wie Inkongruenz und Erfahrungskonstrukte lassen sich nur mit einiger Mühe in die klassische Fachterminologie und Strukturbegriffe der Disziplinen der Psychologie, Psychiatrie und Psychoanalyse überführen. Da aber innerhalb der GPT bisher keine andere Theorie des Verlaufes der Psychotherapie entwickelt wurde, müssen wir uns weitgehend auf die von ihr vorgelegten Kategorien stützen, wenn wir die Methodik der GPT und die von ihr erreichten Lernprozesse herausarbeiten wollen.

3.1 Die Personenbeziehungen des Klienten und seine therapeutische Beziehung

In der ersten Phase der Methodikentwicklung der GPT formulierte ROGERS (1942/1972) seine technischen Empfehlungen noch durch eine Beschreibung der als wünschenswert und heilungswirksam angesehenen therapeutischen Beziehung des Psychotherapeuten zum Klienten. Durch die Prozeßskala dagegen werden die Beziehungen des Klienten zum Psychotherapeuten charakterisiert, sowie die Beziehungen des Klienten zu anderen Personen. Die Zusammenhänge dieser zweiseitigen Klient-Therapeut- und Therapeut-Klient-Beziehung und ihre wechselseitigen Abhängigkeiten versteht ROGERS (1942/1972) in seinem Buch "Die nicht-direktive Beratung" als eine vorwiegend durch den Psychotherapeuten bestimmte therapeutische Beziehung:

"Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jedweden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohlstrukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit und der aggressiven Handlung, die besonders für den Klienten gelten, und Begrenzungen der Verantwortlichkeit und der Zuneigung, die der Berater sich selbst auferlegt. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotionaler Freiheit innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen wie in keiner anderen Beziehung.

Diese therapeutische Beziehung unterscheidet sich von den meisten autoritativen Beziehungen des Alltags, mit denen sie nicht zu vergleichen ist" (Rogers 1942/1972, S. 107).

Diese zusammenfassende Beschreibung der Therapeut-Klient-Beziehung enthält bereits die erst 1957 formulierten vier technischen Empfehlungen, die hier jedoch nicht als ein feststehender Viererkanon von drei Therapeuten- und einer Klientenregel vorgestellt werden, sondern als wichtige Merkmale oder Eigenschaften einer als günstig angesehenen sozialen Beziehung eines Psychotherapeuten zu einem Klienten innerhalb des Arrangements einer Psychotherapie.

Die Herausarbeitung der speziellen Eigenart der therapeutischen Personenbeziehung leistet ROGERS hier noch durch eine implizite

Abgrenzung und Auseinandersetzung mit der Auffassung FREUDS über die Personenbeziehungen innerhalb der psychoanalytischen Behandlung. Nur an sehr wenigen Punkten vergleicht ROGERS explizit seine Auffassung mit der von FREUD.

Später hat ROGERS seine Ansichten über günstige Personenbeziehungen des Klienten in der Unterskala (7) der "Beziehung zu Personen" der Prozeßskala dargelegt (vgl. Rogers 1958, 1959a; bzw. Tausch 1968/1970, S. 255 ff.). Hiernach vermeide der Klient zu Beginn der Psychotherapie ein dichtes Beziehungsverhältnis zu anderen Personen und zum Psychotherapeuten, gegen Ende der GPT jedoch sollte der Klient in der Lage sein, "offene und freie Beziehungen auf der Basis unmittelbaren Erfahrens" einzugehen (Tausch 1968/1970, S. 255).

Wir wollen jedoch zuerst die Ansichten des frühen ROGERS über eine optimale Personenbeziehung vorstellen, wobei wir wiederum unser Hauptaugenmerk auf den Methodenaspekt legen werden (vgl. Rogers 1942/1972, S. 83 - 107).

Eine "nicht-direktive" Personenbeziehung des Psychotherapeuten zum Klienten läßt sich nach ROGERS umschreiben mit "Wärme und Empfänglichkeit auf seiten des Beraters"; hierdurch sollte eine "Verbindung" möglich gemacht werden, die sich "nach und nach in eine tiefere emotionelle Beziehung verwandelt" (a.a.O., S. 84).

Diese "tiefere emotionelle Beziehung" zum Klienten sei jedoch vom Standpunkt des Beraters "eine definitiv kontrollierte Beziehung, eine Gefühlsbeziehung mit fest umrissenen Grenzen". Obwohl der Therapeut bis zu einem gewissen Grad emotional in die Beziehung verwickelt sei, sei er "jedoch für die Bedürfnisse so weit empfänglich, daß er seine eigene Identifikation kontrolliere.

Die Beziehung eines klientenzentrierten Psychotherapeuten ließe sich somit durch die Merkmale umschreiben: "Wärme, Interesse, Empfänglichkeit und ein deutlich und entschieden begrenztes Maß an emotionaler Zuneigung" (a.a.O., S. 85).

Dieses Merkmalbündel wurde von ROGERS in der zweiten Phase der rigorosen Methodik im Jahre 1957 als "unbedingte positive

Zuwendung" bezeichnet (engl.: unconditional positive regard) und als ideale Forderung formuliert, die von einem effektiven Therapeuten möglichst oft und lange in einer Psychotherapiesitzung verwirklicht werden sollte (vgl. Rogers 1957, zit. bei Bommert 1977, S. 78).

Da ROGERS bereits 1942 die Psychotherapie als eine soziale Interaktion bezeichnet hatte, die empirisch und experimentell erforscht werden könne, machten sich seine Schüler daran, diese Empfehlung für die Ausgestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung auch einer empirischen Kontrolle zu unterziehen. So wurden mehrere Einschätzskalen konstruiert und ihre Güte und Wirksamkeit für ein erfolgreiches Therapeutenverhalten nachzuweisen versucht (vgl. bes. Schild 1975, S. 128 - 131).

Leider konnten jedoch durch diese vereinten Bemühungen sowohl amerikanischer als auch deutscher Schüler der GPT bis heute die allgemeinen Beschreibungen dieses Merkmalbündels durch ROGERS von 1942 und 1957 nicht so umgesetzt und operationalisiert werden, daß eine empirische Beurteilung möglich wird, die den Maßstäben einer strengen Sozialstatistik und Psychotherapieforschung genügen würde (vgl. Schild 1975, S. 131; Minsel 1974, S. 23 f. und 27; Bommert 1977, S. 78 f. und 130 f.).

Das bisher günstigste Ergebnis der empirischen Erforschung der Wirksamkeit dieser W-Variablen des Psychotherapeutenverhaltens scheint mit der deutschen Übersetzung der sog. TRUAX-Skala (1962) durch TAUSCH (1968/1970, S. 115) gegeben zu sein. ROGERS selbst hielt eine entschieden begrenzte, aber emotionelle Zuneigung mit Wärme, Interesse und Empfänglichkeit für die grundlegenden Aspekte der therapeutischen Beziehung. Bei TRUAX bzw. TAUSCH (1968/1970, S. 115) wurde dieser Beziehungsaspekt so definiert:

"Nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung und Wärme ist eine einheitliche Dimension. Sie ist in hohem Maße vorhanden, wenn der Psychotherapeut mit Wärme das, was der Klient erlebt und äußert, akzeptiert, ohne die Akzeptierung und Wärme von Bedingungen abhängig zu machen. Ein niedriges Ausmaß liegt vor,

wenn der Psychotherapeut den Klienten oder dessen Gefühle wertet, Abneigung oder Mißbilligung ausdrückt oder Wertschätzung und Wärme in selektiver bewertender Weise äußert."

Im Zusammenhang der ursprünglichen Formulierung oder Umschreibung dieses ersten Aspektes der Therapeut-Klient-Beziehung wählte ROGERS (1942/1972, S. 85) explizit als Gegenthese eine psychoanalytische Aussage. ROGERS zitierte nämlich nur bei der Beschreibung dieser Therapeutenregel in diesem Kontext die psychoanalytische Auffassung über die "richtige" Handhabung der therapeutischen Beziehung. Nach ROGERS jedoch solle ein "guter Berater" den Standpunkt des Psychoanalytikers vermeiden, weil er hierdurch "zu einem hoffnungslos selbstgefälligen Pedanten" gemacht würde.

ROGERS zitiert den Psychoanalytiker BROWN (1940), der in kurzen Worten diese Auffassung eines selbstgefälligen Pedanten darlegt:

"Der Patient gerät in eine emotionale Beziehung zu dem Analytiker, und der Analytiker versucht, den Patienten mit einem möglichst geringen Maß an Emotionen zu sehen. Der Analytiker muß den Anschein erwecken, als sei er psychisch stark, sehr gerecht und voller Verständnis für menschliche Schwächen" (Brown 1940, zit. n. Rogers 1942/1972, S. 85).

Auch der in der Psychoanalyse wenig geschulte Leser wird diese Textstelle von BROWN als eine stark komprimierte, aber wichtige Punkte zusammenfassende Darstellung der FREUDschen Auffassung über die technische Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung wiedererkennen.

ROGERS polemisiert jedoch nur gegen diese psychoanalytische Therapeutenregel und läßt den Leser sogar darüber im Unklaren, daß hiermit ein wesentlicher Bestandteil der Psychoanalyse in Frage gestellt wird.

FREUD hatte nämlich 1914 und 1926 die Übertragung als einen der Grundpfeiler der psychoanalytischen Theorie und Methode bezeichnet:

"Die psychoanalytische Theorie ist ein Versuch, zwei Erfahrungen verständlich zu machen, die sich in auffälliger und unerwarteter Weise bei dem Versuche ergeben, die Leidenssymptome

eines Neurotikers auf ihre Quellen in seiner Lebensgeschichte zurückzuführen: die Tatsache der Übertragung und die des Widerstandes" (Freud 1914, GW 10, S. 54).

"Die analytische Neurosenlehre ruht auf drei Pfeilern, 1. der Lehre von der Verdrängung (...), 2. von der Bedeutung der Sexualtriebe, 3. von der Übertragung" (Freud 1926, GW 14, S. 303).

Im klinischen Sinne verstand FREUD (1912) unter Übertragung eine Wiederholung von Gefühlen und Wünschen, die ursprünglich den Eltern entgegengebracht wurden, gegenüber dem Analytiker; sie können positiv bzw. zärtlich oder negativ, feindselig, aggressiv sein (vgl. auch Rogers 1952/1973, S. 188).

Um diese Gefühle des Patienten gegenüber dem Analytiker kontrollieren zu können, empfahl FREUD dem Analytiker eine ganz bestimmte Art der technischen Handhabung dieser Übertragungsgefühle des Patienten.

Die positiven Gefühle der Übertragungsliebe sollen vom Analytiker nicht erwidert werden, der Analytiker soll jeder Versuchung widerstehen, sich ebenfalls evtl. in seinen Patienten oder seine Patientin zu verlieben (Gegenübertragung). Negative Übertragungsgefühle des Patienten sollen erkannt werden als ein Reflex der Vergangenheit (vgl. Freud 1915, GW 10, S. 314 f. sowie Freud 1916 - 1917, GW 11, S. 461; Freud 1940, GW 17, S. 1046).

Eine wichtige Aufgabe des Analytikers besteht darin, die Stärke der Übertragungsgefühle zu begrenzen, indem er durch seine Deutungen diese Gefühle zu verändern sucht (vgl. Freud 1915, GW 10, S. 309).

Das Gegenstück der Übertragungsbeziehung innerhalb der therapeutischen Beziehung ist die Gegenübertragung des Therapeuten gegenüber dem Klienten. Innerhalb der psychoanalytischen Methodik werden diese Prozesse, Reaktionen und Gefühle des Analytikers als Ausbildungs- und Supervisionsprobleme betrachtet, die durch entsprechende Schulung und Kontrolle der Analytiker untereinander möglichst ausgeschaltet werden sollen.

FREUD empfiehlt dem Therapeuten, seine eigenen (zärtlichen oder aggressiven) Gefühle durch eine Selbstanalyse und Lehranalyse erkennen und beherrschen zu lernen, weil sonst beim Analytiker all jene Triebansprüche wachgerüttelt würden, deren Unterdrückung er gelernt habe (vgl. Freud 1910, GW 8, S. 108; Freud 1912, GW 8, S. 383 und Freud 1937, GW 16, S. 95 f.).

Die präzise Therapeutenregel über die Gegenübertragung zur Handhabung der emotionalen Beziehung zum Patienten verlangt eine von Motivationen oder Affekten freie Beziehung nach dem Vorbild des Chirurgen:

"Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für beide Seiten die vorteilhaftesten Bedingungen schafft, für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines eigenen Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, die uns heute möglich ist" (Freud 1912, GW 8, S. 380 f.).

Einige Seiten weiter (nämlich S. 364) schreibt FREUD: "Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird."

Während FREUD also dem Therapeuten eine neutrale oder sogar gefühlskalte therapeutische Beziehung zum Klienten empfiehlt, soll nach ROGERS der Therapeut eine zwar auch kontrollierte, aber doch warme und emotionell zugeneigte Gefühlsbeziehung eingehen.

Diese Revision der therapeutischen Gegenübertragungsregel wurde bereits vom Psychoanalytiker Otto RANK vollzogen und von ROGERS übernommen. RANK, der wegen seiner Theorie vom Geburtstrauma bekannt wurde, hatte vor allem die Methodik der Psychoanalyse verändert. Er schränkt die Bedeutung der Klientenregel des freien Assoziierens und das genetische Prinzip der Bearbeitung der frühkindlichen Vergangenheit ein und verlangt vom Klienten eine Explorierung seiner augenblicklichen Motivationen, die "selbstverständlich" als Hinweise auf das Geburtstrauma gedeutet wurden. Da aber das schmerzhaftes Erlebnis der Geburt eine Trennung von der primären Geborgenheit

und Liebe im Mutterleib bedeuten soll, versucht der RANKsche Therapeut, seine Liebe dem Klienten als Ersatz für den Verlust der mütterlichen Liebe anzubieten (vgl. Kiernan 1976, S. 176 ff.).

Auch ROGERS empfiehlt dem Therapeuten, seine positiven oder liebevollen, warmen und von emotioneller Zuneigung geprägten Gegenübertragungsgefühle in die therapeutische Beziehung einzubringen. Während jedoch FREUD lediglich positive Gefühle der Übertragung von seiten des Patienten für förderlich hielt und die positive Gegenübertragung des Analytikers weitgehend ausschalten wollte, empfiehlt ROGERS (1951/1973, S. 187 - 205), die Übertragungsgefühle des Klienten zu begrenzen auf unpersonliche, aber sichere verbindliche Motivationen. Die Therapeutenempfehlung zur Gestaltung der Gegenübertragung verlangt, daß der Therapeut dem Klienten positive oder "erotische", warme und akzeptierend empfängliche Gegenübertragungsgefühle entgegenbringt.

In seinem zweiten Buch über "Die klient-bezogene Gesprächstherapie" behandelt ROGERS (1951/1973, S. 187 - 205) nur den Teilaspekt der Beziehungsgefühle des Klienten zum Psychotherapeuten, wobei er seine Auffassung von den FREUDschen Empfehlungen der Übertragung abgrenzt.

In der einleitenden Vorbemerkung zu diesem Kapitel entschuldigt er sich jedoch für die Zumutung gegenüber seinen Lesern, sich auch mit einer anderen Schule der Psychotherapie beschäftigen zu müssen. Nach seiner Meinung scheint die GPT als gänzlich neue Konzeption jegliche Fragen lösen zu können. Die Schärfe der Diskussion zwischen den Gesprächstherapeuten und Psychoanalytikern schien damals nur zwei extreme Positionen zuzulassen, die jegliche vergleichende Argumentation auf die von beiden Seiten festgeschriebene Alternativen festlegte.

ROGERS selbst beteiligt sich dadurch an dieser einseitigen Argumentationsweise, daß er die Kategorien und Problemstellungen der Psychoanalyse explizit als unwichtig abwertet und somit keinen gleichberechtigten Dialog zwischen den Psychotherapieschulen ermöglicht.

Er behauptet zwar, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Schulen der Psychotherapie verbessern zu wollen, versichert aber gleichzeitig seinen eigenen Schülern, daß die vergleichende Argumentation für sie nicht notwendig sei und eigentlich unterbleiben könne.

Er selbst sah sich anscheinend sehr heftigen Angriffen von Psychoanalytikern ausgesetzt, die seinen Ansatz als "dumm, einfältig und unverständlich" bezeichnen würden. Er wolle jedoch die Kommunikationskluft überbrücken, indem er Fragen behandle, die im Denken der Psychoanalytiker von zentraler Wichtigkeit seien. Diese Fragen seien jedoch "in keiner Weise spezielle Fragen (...) vom Standpunkt der klient-bezogenen Therapie aus", und sie "bedürften keiner speziellen Behandlung vom Standpunkt der Person aus, die diesen Ansatz erlernt" (Rogers 1951/1973, S. 167).

Neben den Fragen nach der Diagnose und der Anwendbarkeit oder Indikation/Kontraindikation - auf die wir bereits eingegangen sind - würden Psychoanalytiker besonders das Problem der Übertragung bzw. Übertragungsneurose stellen.

ROGERS referiert dann die FREUDSche Auffassung über die Übertragungsbeziehungen des Klienten und liefert auch eine allgemeine Erklärung oder "Deutung" zur Lösung dieser Übertragungsbeziehungen (vgl. Rogers 1951/1973, S. 200).

Versucht man jedoch, die wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Auffassungen herauszuarbeiten, dann entpuppt sich der scheinbar gänzlich andere Ansatz von ROGERS lediglich als eine spezielle Variante der psychoanalytischen Grundüberzeugungen und Kategorien.

ROGERS legt großen Wert darauf zu betonen, daß sich innerhalb der gesprächstherapeutischen Kurzpsychotherapie gegenüber der Langzeitbehandlung der Psychoanalyse keine therapeutische Beziehung des Klienten gegenüber dem Therapeuten entwickelt, "die sich in irgendeiner Weise mit den Freudschen Begriffen vergleichen ließe" (Rogers 1951/1973, S. 190).

Wir wollen trotzdem diesen Vergleich versuchen, wobei wir uns jedoch auf den technischen Aspekt beschränken werden,

der in den Therapieregeln beider Schulen zur Handhabung der Motivation des Klienten gegenüber dem Therapeuten angesprochen wird.

Anhand wörtlicher Protokolle einer GPT demonstriert ROGERS die Art der Beziehungsgefühle von Klienten und verallgemeinert eine besonders klare Formulierung einer Klientin, die anscheinend die optimale Art der Beziehung als Klientin zum Therapeuten beschrieben hat.

"K 541: (...) Hm - meine Gefühle Ihnen gegenüber sind ... ich bin, nicht persönlich, an Ihnen interessiert. (...) Ich meine Sie sind ... es ist fast unpersönlich. Ich mag Sie, ich weiß natürlich nicht, warum ich Sie mögen soll oder warum nicht. Es ist seltsam. Ich habe diese Beziehung noch nie zuvor zu jemand gehabt, und ich habe oft darüber nachgedacht.

B 541: Es ist sicherlich etwas ganz anderes als die meisten Beziehungen sonst.

K 542: O ja, und doch ist meine - ich kann nicht sagen unsere - aber meine Beziehung zu Ihnen ist faszinierend. Ich genieße sie, weil sie so rein ist, hm, ich meine unpersönlich, geschlechtslos. Sie sind wie eine Rettungsboje.

B 542: Sie ist irgendwie beständiger.

K 543: O ja, und ich genieße es, diese Dreiviertelstunde mit Ihnen zusammen zu sein, und dann gehe ich und denke auch an Sie. (...) das Gefühl, das ich in bezug auf Sie habe, scheint zu bestätigen, oder wie immer Sie es sagen wollen, hm, daß die nicht-direktive Therapie richtig ist und gut, oder warum sollte ich sonst dieses beständige Gefühl von, hm, Sicherheit. Ich glaube, das ist es. (B: Hm) Denn wenn sie nicht richtig und gut wäre, dann hätte ich Sie längst verteufelt, also ist offensichtlich an der Sache etwas dran. (B: Hm) (...) " (Rogers 1951/1973, S. 195).

Diese introspektive Selbstbeobachtung nennt nach ROGERS die zwei wichtigsten Merkmale einer optimalen Beziehung eines Klienten zum Therapeuten, diese Merkmale sind "unpersönlich" und "sicher".

Obwohl ein Klient die Beziehung zum Therapeuten oder die Übertragung "unpersönlich" erlebe, sei sie nicht kalt oder uninteressiert. Sie sei unpersönlich in dem Sinne, daß die PERSON des Beraters als wertende, reagierende Person mit eigenen Bedürfnissen fehle.

ROGERS setzt diese Beschreibung der unpersönlichen Übertragungsbeziehung mit einer Empfehlung an den Therapeuten fort,

wie er seine Gegenübertragungsbeziehung gestalten solle:

Die (Übertragungs-)Beziehung des Klienten wird "als eine einseitige Sache erfahren (...). Die ganze Beziehung besteht aus dem Selbst des Klienten, der Berater wird zum Zweck der Therapie entpersonalisiert und zum 'anderen Selbst des Klienten'. Diese Bereitschaft auf seiten des Beraters, sein eigenes Selbst vorübergehend beiseite zu lassen, macht die Beziehung zu etwas absolut Einmaligen, das sich mit keiner früheren Erfahrung des Klienten vergleichen läßt" (Rogers 1951/1973, S. 196 f.).

Die hier enthaltene Therapeutenempfehlung zur Handhabung oder Gestaltung der Gegenübertragung, die eigene Person oder das eigene Ich, Selbst, vorübergehend beiseite zu lassen, stimmt mit der FREUDschen Gegenübertragungsregel weitgehend überein.

Widerspricht aber diese Therapeutenregel zur Gegenübertragung nicht der W-Variablen oder der Empfehlung an den Therapeuten, eine warme und begrenzte emotionelle Beziehung zum Klienten als Gegenübertragung aufzubauen?

ROGERS scheint hier zwei verschiedene Momente der Gegenübertragungsbeziehung ansprechen zu wollen: Erstens solle der Therapeut oder die Therapeutin eine positive emotionale Beziehung zum Klienten oder zur Klientin aufrechterhalten und zweitens solle er oder sie seine oder ihre persönlichen Gefühle gegenüber dem Klienten oder der Klientin zurückstellen.

Der zweite Aspekt wird von FREUD in zwei verschiedenen Therapeutenregeln angesprochen, die bisher außer Betracht geblieben sind, aber mit den FREUDschen Therapeutenregeln zur Gegenübertragung auch angesprochen werden. Diese sind die Neutralitätsregel und das Abstinenzprinzip.

Besonders anhand des von ROGERS herausgehobenen zweiten Merkmals der Übertragungsbeziehung läßt sich die Relevanz dieser beiden FREUDschen Therapeutenregeln aufzeigen. Dieses zweite Merkmal sei Sicherheit, die offenkundig nicht aus der Zustimmung des Beraters entstehe, sondern "aus etwas Tieferem - einer stetigen, vollkommenen Akzeptierung." Weiter

formuliert ROGERS dann den Aspekt der neutralen Haltung des Therapeuten und die vermutlichen Auswirkungen beim Klienten:

"Diese absolute Sicherstellung, daß es zu keiner Wertung, keiner Interpretation, keiner **PERSÖNLICHEN** Reaktion von seiten des Beraters kommen wird, macht es dem Klienten nach und nach möglich, diese Beziehung als eine Beziehung zu erfahren, in der alle und jede Abwehr aufgegeben werden kann (...)" (Rogers 1951/1973, S. 197).

Die Empfehlung an den Therapeuten, seine persönlichen Gefühle gegenüber dem Klienten zurückzustellen und somit eine neutrale oder unpersönliche Beziehung aufzubauen, spricht FREUD explizit in der Neutralitätsregel an. Wichtige Aspekte der unterschiedlichen Therapeutenvorschriften dieser Neutralitätsregel und der Gegenübertragungsregel werden von ROGERS gleichzeitig durch die "Wärme-Regel" erfaßt. - Durch seine Vorschrift der "Echtheit und Selbstkongruenz" werden diese Zusammenhänge jedoch in Frage gestellt, doch darauf werden wir weiter unten eingehen. -

Die FREUDsche Neutralitätsregel fordert als Wichtigstes eine weitgehend neutrale Haltung des Therapeuten bezüglich religiöser, moralischer und sozialer Werte und Normen, diese sollen also, soweit möglich, vom Therapeuten nicht bewertet oder sogar kritisiert werden.

Die unteren Skalenstufen der W-Variablen der TRUAX-Skala versuchen, diesen Aspekt der Verpflichtung des Therapeuten in der GPT zur Neutralität bezüglich verschiedener Normen und Werte zu operationalisieren. So sollte der Therapeut z.B. nicht nach seinen eigenen Wertmaßstäben urteilen (Stufe I) oder seine positive Wertschätzung des Klienten nicht mit Bedingungen verknüpfen (Stufe II; vgl. Tausch 1968/1970, S. 115 f.).

Ein nebensächlicher Aspekt der Neutralitätsregel, der in diesem Zusammenhang jedoch bedeutsam wird, verlangt vom psychoanalytischen Therapeuten aber auch eine neutrale Haltung gegenüber den Übertragungsbeziehungen des Klienten (vgl. Freud 1913, GW 8, S. 474).

Dieser Aspekt wird von FREUD auch in der Abstinenzregel für den Therapeuten angesprochen. Die Abstinenzregel empfiehlt dem Therapeuten, dem Analysanden im Verlauf der Therapie keine Ersatzbefriedigungen zu gestatten, aber gleichzeitig wird auch der Therapeut zur Abstinenz in dem Sinne verpflichtet, daß er die Wünsche des Patienten, die sich aus seiner Übertragung(-slike) ergeben, nicht erfüllen soll, "damit das Leiden des Kranken (...) kein vorzeitiges Ende findet" (Freud 1918, GW 12, S. 188).

Als Ergebnis unseres Vergleiches der Techniken der GPT und PA zur Handhabung der therapeutischen Beziehung läßt sich folgendes festhalten:

Sowohl ROGERS als auch FREUD empfehlen neutrale oder unpersönliche Gefühlsbeziehungen innerhalb der therapeutischen Beziehung.

FREUD verstand die Empfehlung zur Neutralität als eine Therapeutenregel und koppelte sie mit entsprechenden Empfehlungen zur Handhabung der Gegenübertragung, wohingegen ROGERS die Übertragungsbeziehung des Klienten zum Therapeuten unpersönlich gestalten wollte.

Eine spezielle Technik zur Herstellung der neutralen Gegenübertragung formulierte FREUD nicht explizit, es sei denn, man betrachtet seinen Vorschlag der Absolvierung einer Lehranalyse (im Abstand von fünf Jahren) als eine entsprechende Technik. FREUD schien davon auszugehen, daß der im höheren Maße seelisch normale und korrekte Therapeut hierzu in der Lage sein müsse (vgl. Freud 1937, GW 16, S. 98 f.).

ROGERS wollte dagegen die Übertragungsgefühle eingrenzen oder beschränken auf eine unpersönliche und sichere Beziehung und mußte deshalb auch entsprechende technische Empfehlungen für den Therapeuten zur Steuerung der Übertragungsgefühle des Klienten formulieren. Zur Lösung der Übertragungen schlug er Wahrnehmungs-"Deutungen" vor, indem er dem Klienten klarzumachen versucht, daß er sein Gegenüber (z.B. den Therapeuten) falsch wahrnimmt. Während also die GPT falsche Personen-Wahrnehmungen für die Übertragung verantwortlich macht (vgl. auch Irle 1975, S. 118 ff.), hält die PA die Übertragungsgefühle

für Projektionen oder Aktualisierungen von infantilen Vorläufern dieser Gefühle.

Die Gegenübertragung oder Art der therapeutischen Beziehung des Therapeuten zum Klienten wurde von ROGERS explizit durch die Wärme-Variable oder Therapeutenregel der "positiven Wertschätzung und emotionalen Wärme" festgeschrieben, wonach der Therapeut sich dem Klienten gegenüber warm, emotionell oder "erotisch" verhalten solle.

Die Argumentationsfiguren von FREUD und ROGERS sehen somit erstaunlicherweise so aus:

FREUD empfiehlt für die Gegenübertragungen des Therapeuten eine Kontrolle der Art der Gefühle, die Beziehung soll zurückhaltend und kalt, neutral sein; die Übertragungen des Klienten werden dagegen gefördert, damit sich die Ambivalenz der Gefühle in die Qualitäten der Zärtlichkeit oder der Aggression, Feindseligkeit eindeutig herausbilden kann, lediglich die Stärke der Gefühle soll auf ein mittleres Maß begrenzt werden.

ROGERS dagegen vertauschte die Empfehlungen für die Übertragung und Gegenübertragung mit kleinen Modifikationen:

Die Gegenübertragungen des Therapeuten sollen eine eindeutige Qualität entwickeln, jedoch werden nicht wie bei der Übertragungsempfehlung FREUDS positive oder negative Gefühle zugelassen, sondern positive, "erotische" oder warme und emotionelle - hierbei muß zusätzlich die E/S-Variable oder Therapeutenregel der "Echtheit und Selbstkongruenz" beachtet werden, worauf wir weiter unten eingehen werden -; die Übertragung des Klienten dagegen soll neutral oder unpersönlich und sicher sein, entsprechend der FREUDSchen Gegenübertragungs- und Neutralitätsempfehlung, hierzu muß der Gesprächspsychotherapeut sowohl die Art der Gefühle des Klienten steuern als auch ihre Stärke.

3.1.1 Die W-Variable als operationalisierte Therapeutenregel der therapeutischen Beziehung

In der Phase der rigorosen Methodenentwicklung versuchte ROGERS (1957) eine Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale der Beziehung des Psychotherapeuten zum Klienten in drei Einzelelementen zu liefern: Der Therapeut soll (1.) unbedingte positive Wertschätzung zeigen, (2.) den Klienten akzeptieren und (3.) emotionale Wärme zeigen.

Von TRUAX (1962) wurde dieses Merkmalbündel operational definiert, indem er eine einzige Einschätzskala der Variablen "Wertschätzung/Wärme" konstruierte.

Später übersetzte TAUSCH (1968/1970, S. 115) diese Skala und versuchte mit seinen Schülern ihre Bedeutsamkeit für eine erfolgreiche GPT nachzuweisen, obwohl die Verhaltensform der "positiven Wertschätzung und emotionalen Wärme" nach TAUSCH "erst wenig präzise beschrieben und empirisch erfaßbar" sei (a.a.O., S. 112).

BOMMERT (1977, S. 78) hält die impliziten Forderungen dieser Therapeutenregel für unrealistisch und verweist auf Einschränkungen der vollen Verwirklichung dieser Therapeutenregel durch ROGERS (1957, S. 98) selbst.

Da der "Funktionsbereich" der "Beziehung zu Personen" von ROGERS (1958) in die Prozeßskala der Lernvorgänge des Klienten aufgenommen wurde, müssen wir die große Bedeutung der sozialen und therapeutischen Beziehungen für die psychische Funktionsfähigkeit oder Gesundheit des Menschen annehmen. Trotz Schwierigkeiten bei der Definition und empirischen Überprüfung der W-Variablen sollte die Bedeutung einer effektiven Gestaltung der Personenbeziehungen innerhalb der GPT nicht leichtfertig in Frage gestellt werden.

Leider wurden aber die Schwierigkeiten der Beschreibung und Erfassung einer optimalen Personenbeziehung bis heute nicht gelöst. Die W-Variable beschränkt sich lediglich auf die Anteile des Therapeuten an der therapeutischen Beziehung. Wie eine optimale Beziehung eines Klienten zum Therapeuten ge-

staltet werden sollte, wird nur durch die Skala der Personenbeziehungen der Prozeßskala angegeben.

Diese Skala der Personenbeziehungen erfaßt zwei Arten von sozialen Beziehungen, nämlich die therapeutischen Beziehungen des Klienten zum Psychotherapeuten bzw. die Übertragungsbeziehungen und die weiteren sozialen Beziehungen des Klienten zu anderen Personen bzw. seine Objektbeziehungen. Beide Beziehungen werden durch die Prozeßskala auf einheitliche Art beschrieben.

Die Unterskala der "Beziehung zu Personen" oder der Personenbeziehungen der Prozeßskala erfaßt anscheinend jedoch weniger einen psychischen Funktionsbereich, sondern eine spezielle Eigenschaft der Persönlichkeit, die häufig Kontaktfähigkeit genannt wird.

Neben der Kontaktpsychologie des deutschen Nervenarztes E. SPEER (1889 - 1964) aus der Psychiatrie mißt auch die sozialpsychologisch ausgerichtete Theorie der sozialen Interaktion und des sozialen Verhaltens des Engländers M. ARGYLE (1969/1972) der Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme (soziale Kompetenz) wesentliche Bedeutung für psychische Störungen bei.

Die Prozeßskala von ROGERS (1958) beschreibt ein Kontinuum der Ausprägungen der Personenbeziehungen oder Kontaktfähigkeit, welche vom negativen Pol (Stufe I) der als gefährlich empfundenen Sozialbeziehungen bis zum positiven Pol (Stufe VII) der freien Aufnahme von sozialen Kontakten reicht (vgl. Tausch 1968/1970, S. 255 ff.).

Innerhalb der PA und Neopsychoanalyse wurden sowohl die motivationalen Aspekte der Personenbeziehungen angesprochen als auch die Fähigkeit zur Aufnahme von "Objektbeziehungen".

Für die Jugendlichenpsychotherapie haben die Störungen der Kontaktfähigkeit und der sozialen Beziehungen einen sehr großen Stellenwert. Vornehmlich unter der Kategorie der Partnerschaft und Sexualität werden im Rahmen der Jugendberatung die vielfältigen Probleme Jugendlicher bei der Aufnahme, Auf-

rechterhaltung und auch Auflösung von sozialen Beziehungen oder Personenbeziehungen abgehandelt.

Im Gegensatz zur starken Betonung der erotischen und sexuellen Motivationsaspekte sozialer Beziehungen durch die klassische PA FREUDs scheint die GPT die Sexualität als Störungsbereich menschlichen Zusammenlebens gänzlich übersehen zu haben. Allein unter der Kategorie der "Beziehung zu Personen" werden psychische Probleme mehr angedeutet als präzise bezeichnet. (45)

3.2. Klienten- und Therapeutenregeln über Gefühle oder motivationale Lernprozesse

3.2.1 Gefühle und gefühlsmäßige Meinungen als Funktionsbereich des Klienten

Unter der Kategorie der Motivation hatten wir bei der vergleichenden Analyse der Techniken der verschiedenen Tochterschulen der Psychoanalyse die wesentlichen inhaltlichen Momente der Gesprächsmethodik dieser Schulen der Beratung und Psychotherapie behandelt. Wir waren zu dem Ergebnis gekommen, daß die sprachliche und kognitive Verarbeitung von Motivationsproblemen vorwiegend der individuellen frühen Kindheit der wichtigste Heilungsfaktor psychischer Störungen oder Erkrankungen sind. Die anfänglich verdrängten oder gehemmten (An-)Triebskonflikte der ödipalen Situation sollen bei fehlender Durcharbeitung die individuelle neurotische Persönlichkeitsentwicklung determinieren.

Mittels des Begriffes "Gefühl" versucht die klientenzentrierte GPT das gesamte Spektrum der Motivationsprobleme zu behandeln, das von der Psychoanalyse mit dem Antrieb-, Trieb- und Konfliktbegriff versprachlicht wird. Als zentralen Kritikpunkt der Art des Lösungsversuches der psychoanalytischen Psychotherapieschulen hatten wir die Festlegung der Interpretationen des Analytikers durch die psychoanalytische (An-)Triebstheorie herausgearbeitet, speziell die starke Gewichtung

von aggressiven und sexuellen (oder libidinösen) Triebkonflikten.

Die GPT betrachtet genauso wie die (Neo-)Psychoanalyse die Motivationsprobleme des psychisch gestörten oder beeinträchtigten Menschen als zentrale Ursache und Angriffspunkt ihrer psychotherapeutischen Bemühungen. Die GPT hat jedoch eine andere Gewichtung der Bedeutung der verschiedenen Motivations- oder Gefühlsarten vorgenommen: Sie hält die Persönlichkeitsgefühle, persönlichkeitsbedingten Gefühle oder Selbstwertgefühle für die wichtigsten. ROGERS benutzt statt des Persönlichkeits- oder Ichbegriffes überwiegend die Kategorie Selbst. So spricht er statt von Persönlichkeitsgefühlen von Selbstwertschätzung oder Selbsterfahrung u.ä. Betrachtet man die bisherige Entwicklung der Methodik der GPT bezüglich der Berücksichtigung motivationaler Fragen, so läßt sich eine große Übereinstimmung der grundlegenden kommunikationstherapeutischen Auffassungen von GPT und (Neo-)Psychoanalyse über die technische Handhabung der heilungswirksamen Lernprozesse des Klienten feststellen.

Beide Schulen der Psychotherapie versuchen durch relativ allgemeine technische Empfehlungen die Erlebnisse, Gedanken und Tätigkeiten des Klienten zu steuern: Die Psychoanalyse verpflichtet den Analysanden zur "freien Assoziation", die GPT zur "Selbstexploration".

Relativ unabhängig von diesen unspezifischen Klientenregeln entwickelten beide Schulen sehr viel präzisere Vorschriften für das Gesprächsverhalten der Psychotherapeuten.

Dieser Aufstellung zweier Arten von technischen Empfehlungen für den Klienten und Therapeuten liegt eventuell eine einseitige Auffassung der kommunikativen Prozesse zwischen den Dialogpartnern des therapeutischen Gesprächs zugrunde. Die Redebeiträge des Klienten werden als eine einseitige Kommunikation aufgefaßt, die von den Erwidern des Therapeuten weitgehend unabhängige Nachrichten enthalten, und der Therapeut soll die scheinbar unspezifischen Informationen des Klienten nach der Theorie und den technischen Empfehlun-

gen einer der Schulen der Psychotherapie verarbeiten.

Die GPT und Psychoanalyse haben durchaus technische Vorschriften für Klienten und Therapeuten entwickelt, wodurch der Eindruck erweckt werden könnte, als betrachteten diese Psychotherapieschulen den therapeutischen Dialog als einen gegenseitigen oder kooperativen Kommunikationsprozeß. Da aber die Rollen der Gesprächspartner nicht austauschbar und somit unsymmetrisch sind und die Methodik der GPT und Psychoanalyse zum großen Teil technische Empfehlungen für die Therapeuten enthalten, scheint der Vorwurf der einseitigen Kommunikationsauffassung berechtigt zu sein.

Die Methodik der GPT besteht bisher zum großen Teil aus den verschiedensten Therapeutenregeln. Mit Hilfe dieser Empfehlungen soll der Therapeut als aktiver Dialogpartner die Selbstexploration des Klienten unterstützen und steuern. Nachfolgend auf die Formulierung des Dreier-Dogmas der Methodik der GPT durch ROGERS (1957) wurde eine Vielzahl anderer Therapeutentechniken entdeckt, wodurch die Einfachheit der Technik der GPT wieder aufgehoben wurde. Lediglich durch die Konstruktion der weiter oben vorgestellten Prozeßskala der Lernprozesse des Klienten wird der Eindruck der Einseitigkeit der Zentrierung der Technik der GPT auf das Therapeutenverhalten zum Teil verwischt.

Wir hatten uns auf diese Konzeption der Prozeßskala zur Strukturierung der Lernprozesse des Klienten gestützt, um die Technik der GPT vorzustellen. Da aber die bekanntesten Lehrbücher der (Methodik der) GPT die typische Akzentsetzung auf die Therapeutentechniken beibehalten, sehen wir uns vor dem Dilemma, die Wirkungen der Therapeutenregeln auf den Klienten erst noch herausarbeiten zu müssen. Mit der Angabe der Funktionsbereiche der Lernprozesse eines Klienten der GPT durch die Prozeßskala ist uns zwar ein Vorschlag dieser Schule der Psychotherapie gegeben, ihre Nützlichkeit für die Praxis der Psychotherapie (mit Jugendlichen) scheint aber bis heute noch nicht nachgewiesen worden zu sein.

Die Klientenvorschrift über die Selbstexploration ist ähnlich allgemein gehalten wie die psychoanalytische Grundregel der freien Assoziation. Beide Klientenregeln empfehlen ein optimales Gesprächsverhalten des Klienten, wobei jedoch der Klient nicht als aktiver Kommunikationspartner angesehen wird, sondern als Vermittler von sehr verschiedenartigen Informationen, die durch die aktive Deutungsarbeit oder Verbalisierungen des Therapeuten erst auf ihre wesentlichen Aussagen hin selektiv verarbeitet werden.

Die psychoanalytische Grundregel bezweckt die Herstellung einer ganz bestimmten Einstellung des Klienten, sein Denken und Gedächtnis auf unspezifische Art und Weise zu steuern und zu benutzen. Die Klientenregel der freien Assoziation empfiehlt explizit, der Klient solle seinen Gedanken freien Lauf lassen und alles aussprechen, was ihm einfällt. Die Klientenregel der Selbstexploration ist ähnlich allgemein formuliert, denn sie fordert den Klienten auf, über seine "spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse" zu sprechen (Tausch 1968/1970, S. 243).

Während jedoch die Psychoanalyse ihre Gewißheit der Heilungswirksamkeit des freien Nachdenkens und Sprechens aus der Theorie der psychologischen Assoziationslehre des späten 19. Jahrhunderts schöpft und aus der Praxis der ersten Behandlungen Sigmund FREUDs, verzichtet die GPT der TAUSCH-Schule weitgehend auf theoretische Erklärungen der Wirksamkeit der Selbstexploration und gibt sich mit einer operationalen Definition durch die revidierte TRUAX-Skala von TAUSCH u.a. (1967) zufrieden.

Die Klientenregel der freien Assoziation in der Psychoanalyse hatte FREUD durch seine praktischen Behandlungen entdeckt. Er benutzte zunächst die zu seiner Zeit üblichen Behandlungsmethoden der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, nämlich vor allem die Hypnose und die (posthypnotische) Suggestion, sowie die kathartische Methode und das Abreagieren.

Die neue Behandlungsmethode der freien Assoziation sei aber sehr viel besser geeignet, die Zwecke der psychoanalytischen

Therapie zu erreichen. Das Vergessene und Abgewehrte solle hervorgeholt werden (vgl. Freud 1923, GW 13, S. 214), um die Genese der psychischen Erkrankung bewußt zu machen und emotional zu verarbeiten. Bei neurotischen Erkrankungen sollten besonders die Erlebnisse und Frustrationen, Versagungen innerhalb der ödipalen Phase als wesentliche Inhalte der individuellen Krankengeschichte hervorgeholt werden.

Die Methode der freien Assoziation wirkt nach Auffassung der psychoanalytischen Theorie aufgrund der Ausschaltung der bewußten kritischen Einstellungen der zweiten Zensur (zwischen dem Bewußten und Vorbewußten), um hierdurch die Tätigkeit der ersten Zensur (zwischen dem Vorbewußten und Unbewußten) aufdecken und die unbewußten Abwehrmechanismen und Widerstände herausfinden zu können. Die Assoziationen oder Äußerungen des Klienten, der nach der Grundregel verfährt, sind also frei v o n bewußten Zensurmaßnahmen oder willkürlichen Zentrierungen der Aufmerksamkeit, um den Weg frei zu machen f ü r die gesetzmäßige Wirksamkeit der unbewußten Abwehrmechanismen und Widerstände (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd.1, S. 78 f.).

Da jedoch die wissenschaftsgemäße oder fachliche Durchführung einer Behandlungsmethode nur in sehr engen Grenzen eine Kenntnis der theoretischen Grundlagen einer wissenschaftlichen Methodik voraussetzt, brauchen wir die psychoanalytischen Auffassungen über die Ursachen oder Mechanismen der Heilungswirksamkeit der psychoanalytischen "Gesprächstherapie" nicht ausführlicher vorzustellen. Wichtig sind die FREUDschen Erklärungsversuche nur insofern, als sie auf gänzlich andere wissenschaftliche Disziplinen der Psychologie zurückgreifen als die GPT, nämlich auf die Assoziationspsychologie und Gedächtnis- und Denkforschung; im Gegensatz hierzu hat die Gesprächspsychotherapie statt der psychoanalytischen Grundregel der freien Assoziation die Klientenregel der Selbstexploration als Paradigma ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit gewählt. Welche Konsequenzen sich hieraus ergeben, werden wir im folgenden genauer herausarbeiten.

Die einzige Klientenregel der GPT verlangt vom Klienten eine anscheinend zielgerichtete Selbst-Erforschung seines eigenen Erlebens und Bewußtseins. Orientierendes Leitkonzept der Klientenregel der Selbstexploration ist der Begriff Erleben statt Assoziation.

Der Erlebensbegriff wird innerhalb der deutschen TAUSCH-Schule der GPT fast ausschließlich operational definiert, ohne vergleichend-historische oder abgrenzende Begriffsklärungen vom konkurrierenden Assoziationsbegriff der PA vorzunehmen. Die wesentlichen Teile der noch heute gültigen operationalen Definition der Selbstexploration (im folgenden abgekürzt: SE) wurden bereits 1961 von TRUAX nach den allgemeinen Ausführungen von ROGERS (1942/1972) formuliert und von TAUSCH und Mitarbeitern (1967) überarbeitet. Wie ein Dogma zieht sich seitdem diese operationale Definition der SE durch die Literatur zur (Methodik der) GPT: Fast jedes einzelne Wort, jeder Begriff und Fachterminus scheint wichtige Erkenntnisse zu enthalten, um überliefert zu werden. (46) Innerhalb der Operationalisierung der Selbstexploration-Skala definiert TAUSCH den Begriff Selbstexploration wie folgt:

"Unter 'Selbstexploration' soll verstanden werden, daß der Klient über sich selbst, besonders über seine SPEZIFISCH PERSÖNLICHEN INNEREN ERLEBNISSE spricht, sich über sie klarer wird oder daß er sich wenigstens deutlich um Klärung bemüht.

Mit 'spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen' sind hier gemeint: Sein Fühlen; seine gefühlsmäßigen Stellungnahmen und gefühlsmäßigen Bewertungen seiner Umwelt, seines eigenen Verhaltens und Erlebens; seine Ziele und Wünsche; sein Selbstbild, d.h. die Vorstellung, die er von sich selber hat.

Dabei kann es auch vorkommen, daß der Klient neue Aspekte seines inneren Erlebens oder neue Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet, die ihm bisher noch kaum oder gar nicht bewußt waren" (Tausch 1968/1970, S. 243).

Getreu die einzelnen Bestandteile dieser Definition aufgreifend, haben TAUSCH-Schüler den Versuch unternommen, die mit den verschiedenen Begriffen dieser Definition gegebenen Bedeutungsaspekte des Merkmalsbereiches der SE herauszuheben,

indem sie Unterskalen der SE mit operationalen Definitionen konstruierten. In der Sprache des Operationalismus der GPT-Forschung wird hiermit eine "Entflechtung und Aufgliederung dieses komplexen Bereiches in Einzelmerkmale vorgenommen" (Bommert 1977, S. 86 f.), oder man versucht, "die Patientenvariable Selbstexploration in einzelne Merkmale aufzuspalten und deren Bedeutung für die Selbstexploration zu ermitteln" bzw. "die Anteile der Selbstexploration zu extrahieren" (Jülisch 1972, S. 161 und 164).

Der Gesprächspsychotherapeut SCHWARTZ (1975) hat als Ergebnis dieser Suche nach den verschiedenen Bedeutungsaspekten oder Einzelmerkmalen der SE eine Liste von sechs einzelnen Unterskalen zur Messung der SE oder "Zuwendung des Klienten zu seinem Erleben" veröffentlicht. Statt die "eindimensionale" TRUAX-TAUSCH-Skala zu benutzen, lassen sich die einzelnen Bedeutungsaspekte der SE auch mit Hilfe der folgenden sechs (3-stufigen und bipolaren) Unterskalen der SE messen:

- 1.) Undifferenziertheit der Klienten-Äußerungen,
- 2.) Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst,
- 3.) Fehlen von gefühlsbezogenen Selbstreferenzen,
- 4.) Gefühlsmäßige Nähe des Klienten zu seinen Äußerungen,
- 5.) Unspontaneität des Sprechens,
- 6.) Akzeptierung eigener Gefühle

(Schwartz 1975; zit. n. Bommert 1977, S. 89 - 91).

Die dritte Unterskala entspricht weitgehend der Definition der SE aus der operationalen Definition der TAUSCH-Skala (vgl. a.a.O., S. 90). Die anderen SE-Skalen greifen verschiedene Kritikpunkte an der ursprünglichen SE-Skala auf.

Nach BOMMERT (1977, S. 88) könne man z.B. mit den SE-Skalen von TRUAX oder TAUSCH nicht unterscheiden, ob ein Klient (eher unbeteiligt) ÜBER Gefühle spricht oder ob er unmittelbar erlebt. Die SE-Unterskala (4) "Gefühlsmäßige Nähe des

Klienten zu seinen Äußerungen" erlaubt genau diese Differenzierung.

Vor allem aber werden durch die einzelnen SE-Unterskalen die verschiedensten Aspekte der großen Anzahl von Therapeutenvariablen aufgegriffen. In den letzten Jahren hat sich das ursprüngliche Dreier-Dogma der Therapeutenregeln zu einer stattlichen Vielzahl von Merkmalsskalen oder Therapeutenvariablen aufgebläht (vgl. z.B. Minsel 1974, S. 73 ff.). Die scheinbare Einfachheit der Methodik der GPT ist hiermit entscheidend in Frage gestellt worden. Da sich die einzelnen technischen Empfehlungen an den Therapeuten von der ursprünglich allgemeinen Klientenempfehlung zur Exploration seiner "spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse" nur schwer abgrenzen lassen, nimmt es nicht wunder, wenn Gesprächspsychotherapeuten die "Entdeckung" machen, daß die SE-Skala von TAUSCH eine Vielzahl bzw. eine Anzahl von sechs verschiedenen Aspekten der SE erfaßt.

Den verschiedenen Einzelmerkmalen der Selbstexploration des Klienten lassen sich also ohne große Mühe die unterschiedlichen Therapeutenmerkmale zuordnen, die ungefähr in den letzten 25 Jahren nach der Erstveröffentlichung der neuen Konzeption der GPT durch ROGERS (1942/1972) entdeckt wurden.

3.2.1.1 "Spezifität" und "Konkretheit" der Selbstexploration als "Undifferenziertheit der Klienten-Äußerungen" (Schwartz)

Die SE-Unterskala (1) "Undifferenziertheit der Klienten-Äußerung" von SCHWARTZ (1975) empfiehlt dem Klienten, "spezifische Begriffe (z.B. 'ängstlich' statt 'unwohl') zu benutzen und sich nicht "pauschal" oder "verallgemeinernd, undifferenziert" über sein "gefühlsmäßiges Erleben und seine gefühlsmäßigen Beziehungen zur Umwelt" zu äußern (vgl. Bommert 1977, S. 89).

Mit dieser Klientenvorschrift hat SCHWARTZ (1975) die Empfehlungen der ROGERS-Schüler LENNARD und BERNSTEIN (1960) und

CARKHUFF (1960) u.a. aufgegriffen, die eine neue Therapeuten- oder Klientenregel entdeckt hatten, welche zur "Konkretheit" und "Spezifität" verpflichtete (vgl. bes. Schwartz 1975, S. 134; sowie Minsel 1974, S. 115; Helm 1972, S. 39; Frohburg und Helm 1972, S. 177 f.). In der Unterskala (7) "Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten" der Therapeutenregel VEE beziehungsweise "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" in der Zusammenstellung von SCHWARTZ (1975) findet die Klienten-(Unter-)Regel (1) ihre genaue Entsprechung. Vergleichbar mit der Aufspaltung der Klientenvariablen SE hat SCHWARTZ (1975) auch die Therapeutenvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (VEE) in acht verschiedene Einzelmerkmale aufgespalten.

Trotz unterschiedlicher Bezeichnungen der betreffenden Klienten- und Therapeutenvariablen wird durch diese Gesprächstechniken der einheitlich beschreibbare Sachverhalt der angeblichen Nützlichkeit des Aussprechens der Gefühle des Klienten durch konkrete, spezifische Begriffe für menschliche Gefühle angesprochen. Sowohl Klient als auch Therapeut sollen sich um dieses Lernziel bemühen.

Die verschiedenen weiteren Unterskalen des Merkmalsbereiches VEE finden mit Ausnahme der VEE-Unterskala "Weitergehen des Psychotherapeuten" keine Entsprechung in den Einzelmerkmalen der Selbstexploration. Somit scheinen also verschiedene Verhaltensregeln für Klient und Therapeut zu gelten, obwohl doch beide das gleiche Ziel der "Heilung" des Klienten zu erreichen suchen. An dieser mangelnden Übereinstimmung der Klienten- und Therapeutenvorschriften bezüglich des Ansprechens von Gefühlen des Klienten scheint sich eine geringe theoretische Verarbeitung der angezielten Lernprozesse beim Klienten durch die GPT anzudeuten.

3.2.1.2 "Intensität" der Selbstexploration (Schwartz)

Das zweite Einzelmerkmal der Selbstexploration verlangt nach SCHWARTZ (1975) vom Klienten möglichst große "Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst" (vgl. Bommert 1977, S. 89). Die Erläuterungen hierzu besagen, der Klient solle die Psychotherapeutenäußerungen aufgreifen und sich um neue, treffendere Formulierungen bemühen, ferner solle er in einem verbalisierten "inneren Dialog" mehr mit sich selbst als mit dem Psychotherapeuten sprechen.

Die ursprüngliche SE-Skala von TAUSCH (1968/1970, S. 243) sollte den Aspekt der Bemühung um neue Formulierungen durch die oberen Stufen 6 bis 9 auch erfassen. Nach dieser Skalenbeschreibung könne es auch vorkommen, "daß der Klient neue Aspekte seines inneren Erlebens oder neue Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet (...)." SCHWARTZ hat somit mit diesem SE-Einzelmerkmal "Intensität" einen der vielen Aspekte der ursprünglichen Bedeutungsvielfalt der Selbstexploration der TRUAX-TAUSCH-Skala "abgespalten".

Die durch die Klientenregel SE (2) geforderten Bemühungen des Klienten um eine 'intensive Auseinandersetzung mit sich selbst', speziell die Suche nach 'neuen und treffenden Formulierungen' findet eine Entsprechung in einer der Unterregeln des Therapeutenmerkmalsbereiches VEE, wie wir bereits oben erwähnt hatten. SCHWARTZ (1975) hat acht verschiedene Einzelmerkmale der VEE unterschieden. Das VEE-Einzelmerkmal (1) "Weitergehen des Psychotherapeuten" könnte als Konkretisierung des von SE (2) geforderten Klientenverhaltens aufgefaßt werden. Nach dieser Interpretation dürfte der Psychotherapeut die beim Klienten als neu und treffender beurteilten Äußerungen seiner Selbstexploration um "zusätzliche Aspekte" und einen weiteren "Assoziationsrahmen" wie z.B. frühe Äußerungen oder vermutete "emotionale Erlebnisweisen" ergänzen (vgl. Bommert 1977, S. 74).

3.2.1.3 Selbstexploration durch "gefühlbezogene Selbstreferenzen" (Schwartz)

Auch die SE-Unterskala (3) "Fehlen von gefühlbezogenen Selbstreferenzen" (Schwartz 1975) wiederholt die bekannten Bestimmungsmomente der TRUAX-TAUSCH-Skala der Selbstexploration.

"Der Klient spricht überwiegend über seine gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte."

Die Erläuterungen hierzu besagen:

"Inhalte der Klientenäußerungen sind überwiegend eigene Gefühle, gefühlsmäßige Stellungnahmen, Bewertungen von Ereignissen, Ziele, Wünsche sowie die Vorstellung, die der Klient von sich selbst und seiner Wirkung auf andere Menschen hat" (Schwartz 1975; zit. n. Bommert 1977, S. 90).

Sofern der Klient der GPT in ähnlichen Worten über seine Aufgaben oder "Pflichten" innerhalb der Behandlung dieser Schule der Psychotherapie und Beratung unterrichtet wird, bewirkt diese Information des therapeutischen Experten eine ganz spezifische Einstellung des Klienten, sich seinen "gefühlsmäßigen Erlebnisinhalten" zuzuwenden.

Verglichen mit den Vorgaben der psychoanalytischen Trieblehre für die "freie Assoziation" eines Analysanden werden mit der obigen Definition von Selbstexploration bzw. "Fehlen von gefühlbezogenen Selbstreferenzen" (Schwartz 1975) die Inhalte eines psychotherapeutischen Gesprächs nicht präzise bezeichnet. Hier werden Begriffe sowohl aus der Umgangssprache als auch einer ganz speziellen psychologischen Fachsprache verwendet, die aller Wahrscheinlichkeit nach nicht einheitlich verstanden werden. Vielmehr wird ein in der Terminologie und Theorie der GPT ungeschulter Klient und Jugendlicher diese Aufzählung von möglichen Gesprächsinhalten als ziemlich weitgesteckte Aufgabenbestimmung der Selbstexploration auffassen können.

Auch ein geschulter Gesprächspsychotherapeut wird aufgrund der Vorschriften der Therapeutenregel VEE kaum in der Lage

sein, diejenigen Inhalte der GPT angeben zu können, die heilungswirksam sein könnten. TAUSCH (1973) hält die Frage der "Verbalisierung w e l c h e r gefühlsmäßiger Erlebnis-inhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten" sogar für eine Frage, die besonders häufig von Anfängern unter den Gesprächspsychotherapeuten gestellt werde:

"Bei hochqualifizierten Psychotherapeuten ist dies keine bedeutsame Frage. Entsprechend dem Handlungskonzept von Rogers vergegenwärtigen sie sich an Hand der Äußerungen des Klienten dessen phänomenales Erleben umfassend und präzise, gleichsam von der Innenseite des Klienten her. Indem sie dem Klienten das in dieser Weise tief Verstandene mitteilen, wird der Klient w e s e n t l i c h e Aspekte seines phänomenalen Erlebens weiter äußern" (Tausch 1973, S. 296 f.).

In der bisherigen Darstellung der Methodiken der psychotherapeutischen Schulen der (Neo-)Psychoanalysen haben wir uns dagegen in wesentlichen Fragen an die Leitkategorie 'Inhalt' gehalten und konnten feststellen, daß unter dieser Kategorie wichtige, vielleicht sogar wesentliche Gesprächsgegenstände der Triebtheorie oder Motivationstheorie der (Neo-)Psychoanalyse dargestellt werden konnten. Genauso wie diese Schule der Psychotherapie mißt auch die GPT den motivationalen oder emotionalen Aspekten psychischer Probleme zentralen Stellenwert bei. Während jedoch die Psychoanalyse mit der Phasenlehre der Motivationsentwicklung, speziell der Sexualität, einen eigenen begrifflichen Apparat zur sprachlichen Erfassung und psychotherapeutischen Versprachlichung von Motivationskonflikten entwickelt hat, soll nach TAUSCH die GPT die "gefühlsmäßigen Erlebnis-inhalte" des je individuellen "phänomenalen Erlebens" des einzelnen Klienten versprachlichen. Genauere Vorgaben begrifflicher Art für die Inhalte der GPT scheinen somit von der GPT nicht gegeben zu werden (vgl. auch Kropf 1976, S. 119 - 151).

Die hier vorwiegend benutzten Einführungen und Lehrbücher der GPT behandeln die Frage nach den Gesprächsinhalten nicht als herausgehobenen Problemkomplex (vgl. bes. Tausch

1973, S. 269). Aber auch die neue empirische Erhebung der Gesprächspsychotherapeuten HISS/MINSEL (1976) über "Sprachmerkmale von Psychotherapeuten und ihren Klienten im Verlauf der Psychotherapie" geht an den wesentlichen Fragen nach den heilungswirksamen Inhalten der GPT vorbei.

Von den traditionell untersuchten Merkmalen der Sprache der GPT, den formalen, formal-inhaltlichen und inhaltlichen Sprachmerkmalen, haben auch HISS/MINSEL (1976) lediglich die ersten beiden Arten untersucht (vgl. a.a.O., S. 172 f.). (47)

Die unterschiedlichen Gesprächsinhalte des Psychotherapeuten konnten anscheinend aufgrund inadäquater Erhebungsmethoden nicht erfaßt werden, deshalb schlagen die Autoren, durchaus abweichend von ihrem "Lehrer" TAUSCH, die Verwendung von inhaltsanalytischen Verfahren vor.

Aufgrund der Darstellung verschiedener empirischer Forschungsarbeiten über die "Wirkung und Messung der Selbstexploration in psychotherapeutischen Gesprächen" von FROHBURG/HELM (1976) lassen sich ein wenig präzisere Angaben über die konkreten Inhalte der SE der GPT machen.

Die Autoren kritisieren zunächst die semantische Vieldeutigkeit der psychologischen Beschreibungskategorien der Definitionen der Selbstexploration der TRUAX-TAUSCH-Skala und die nicht hinreichende theoretische Begründung. Dann versuchen sie aber auch, die Frage nach den konkreten Inhalten der SE zu beantworten. Ihre Fragestellung lautete:

"Ist es so, daß Patienten auf allen Niveaus der SE beliebige Themen und Inhalte besprechen, oder besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der SE und bestimmten Gesprächsinhalten?" (Frohburg/Helm 1976, S. 129).

Der spezielle Aspekt der Häufigkeitsunterschiede von SE-Inhalten bei niedriger oder hoher SE soll uns hier nicht interessieren. Wir dürfen uns wegen der wenigen Aussagen der Fachliteratur zu den konkreten Inhalten der GPT schon mit

der Zusammenstellung der inhaltlichen Beschreibungskategorien zufriedengeben.

Die Inhalte oder Themen der selbstexplorativen Äußerungen von Klienten wurden mit folgenden Begriffen erfaßt:

1. Motive oder Motivationen/Gefühle,
"die aus Inhaltsanalysen zahlreicher Therapiesgespräche gewonnen wurden (z.B. Bedürfnis nach Anerkennung, Leistung, sozialem Kontakt, Selbständerung) und
 2. Bereiche oder Personen, auf die sich diese Motive beziehen (z.B. Eltern, eigene Kinder, Partner, Ausbildung, Beruf, Gesundheit, Selbstbild)."
- (Frohburg/Helm 1976, S. 129)

Die hier verwendeten Begriffe betreffen also (1.) Motivationsarten oder (An-)Triebe, (2.) Personen oder Objekte und (3.) bestimmte Bereiche (z.B. Beruf, Gesundheit), einschließlich derjenigen, die "innen" in der eigenen Person, dem Ich, Selbst liegen (Selbstbild).

Obwohl dieser Inhaltskatalog zur Kategorisierung der selbstexplorativen sprachlichen Tätigkeit von Klienten der GPT noch wenig differenziert ist, bietet er doch die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Diskussion zur weiteren Ausfaltung in präzisere Inhaltskategorien.

TAUSCH (1973, S. 297) begnügt sich zwar bezüglich der Inhaltsfrage mit dem Hinweis auf die "Innenseite" und das "phänomenale Erleben" des Klienten, trotzdem glaubt er aber doch dem evtl. niedrigqualifizierten Anfängertherapeuten einige hilfreiche Gesichtspunkte mit auf den Weg geben zu können:

(1.) unter bestimmten Bedingungen (vgl. a.a.O.) darf der Psychotherapeut entgegen der TRUAX-TAUSCH-Skala der VEE nicht nur die Erlebnisinhalte der jeweils letzten Äußerung des Klienten aufgreifen, sondern er darf sogar auf weiter zurückliegende eingehen (Zurückgehen des Psychotherapeuten);

- (2.) hochqualifizierte Psychotherapeuten dürften (zu ungefähr 50 %) sogar neben der Person des Klienten selbst auch (die Beziehung des Klienten zu) bedeutsame(n) andere(n) Personen seiner Umwelt in die VEE einbeziehen, erstaunlicherweise ist häufig der Psychotherapeut selbst betroffen (Achten auf ätiologisch wichtige Personen bzw. evtl. Übertragung);
- (3.) unter bestimmten Bedingungen (vgl. a.a.O., S. 298) darf der Psychotherapeut auch Vermutungen über Gefühlsinhalte des Klienten ansprechen, sog. "Anbieten von gefühlsmäßigen Erlebnisinhalten";
- (4.) effektive psychiatrische Psychotherapeuten verwirklichten in einer speziellen empirischen Untersuchung neben einem hohen Ausmaß von VEE auch "ein größeres Ausmaß der Zentriertheit des Psychotherapeuten in den erlebnismäßigen Quellen der Ängstlichkeit des Klienten" (a.a.O., S. 298); Psychotherapeuten dürfen also auch auf die spezielle Motivationsart der Angst eingehen;
- (5.) der Psychotherapeut darf den Klienten durch konfrontierende Äußerungen (Konfrontation, vgl. Schild 1975, S. 136) auf "Diskrepanzen im Verhalten" aufmerksam machen, auf Diskrepanzen zwischen idealem und realem Selbst, zwischen verbalem und beobachtbarem berichteten Verhalten, zwischen den Wahrnehmungen des Klienten durch den Psychotherapeuten und den verbalen Äußerungen des Klienten über sich selbst.

Nach TAUSCH sind hiermit die Motivationskategorien Angst und persönlichkeitsbedingte Gefühle bedeutsame Inhaltskategorien für die GPT; die anderen Angaben betreffen formale Aspekte und keine inhaltlichen.

Betrachten wir dagegen diejenigen Probleme, die weiter oben als die wichtigsten Probleme von Jugendlichen herausgearbeitet wurden, so scheint die GPT mit ihren allgemeinen Vorschriften zur Versprachlichung psychischer Probleme an der konkreten Vielfalt der Konflikte Jugendlicher vorbeizuzielen.

3.2.1.4 "Gefühlsmäßige Nähe" (Schwartz) des Klienten zur Selbstexploration

Als viertes Merkmal der SE hat SCHWARTZ (1975) die Skala der "gefühlsmäßigen Nähe des Klienten zu seinen Äußerungen" extrahiert.

Während die SE-Skalen der "Undifferenziertheit", "Intensität" und "Fehlen von gefühlsbezogenen Selbstreferenzen" nur formale und allgemeine Vorschriften zur Auswahl bestimmter Wortarten und Begriffe für Motivationen enthalten, geht diese Klientenregel der Selbstexploration auf spezielle Wirkungsmechanismen der sprachlich ablaufenden Psychotherapie ein. Welcher Heilungsmechanismus jedoch durch "gefühlsmäßige Nähe" eines Sprechers zu seinen Aussagen oder Informationen in Gang gesetzt wird, bleibt zunächst unerkannt, obwohl dieser Mechanismus in einer Klientenregel der klassischen Psychoanalyse FREUDS präzise herausgearbeitet wurde.

Die Unterskale (4) des Merkmalsbereiches der Selbstexploration mißt nach SCHWARTZ (1975) u.a., ob der Klient erkennen läßt, "daß auch die gegenwärtige Psychotherapiesituation für ihn mit Emotionen verbunden ist". Der negative Pol ist als gefühlsmäßige Distanz und Emotionslosigkeit von Erinnerungen des Klienten zu seinen (gefühlsmäßigen) Äußerungen oder Motivationen definiert. (48)

Eine genaue Entsprechung durch eine der bedeutsamsten Therapeutenregeln scheint für diese Kliententechnik nicht zu existieren. Die als wichtig aufgefaßten Unterskalen der Therapeutenregel der VEE gehen auf dieses Klientenverhalten nicht ein, somit bleibt durch die Kernvariablen für die Psychotherapeuten dieses Klientenverhalten unberücksichtigt. Nach MINSEL (1974, S. 74) fordern MITCHEL/MITCHEL (1968) vom Psychotherapeuten ein "Ansprechen des augenblicklichen Befindens". Diese stärkere Berücksichtigung der Gegenwart statt der Vergangenheit und des augenblicklichen Gefühlszustandes des Klienten (aber eingeschränkt

auch des Therapeuten) hatte ROGERS bereits 1942 als wesentliches Merkmal des "neueren Ansatzes" herausgestellt (vgl. drs., 1942/1972, S. 36 f.). Damals benutzte er dieses Charakteristikum zur Abgrenzung der phänomenologisch vorgehenden GPT von der Psychoanalyse, die durch Herausarbeitung der individuellen Krankheitsgeschichte neurotische (u.a.) Störungen zu beheben sucht.

Mit der gesprächstherapeutischen Klientenregel der "gefühlsmäßigen Nähe des Klienten zu seinen Äußerungen" (SE 4) wird dem Klienten also empfohlen, nicht distanziert und frei von Gefühlen über sein augenblickliches Befinden zu sprechen. Die Psychoanalyse hält ebenfalls eine geringe emotionale Beteiligung an der freien Assoziation für wenig heilungswirksam.

Nach Anna FREUD (1936/1975) sei besonders häufig bei jugendlichen Adoleszenten der Mechanismus der übermäßig rationalen Bewältigung von Gefühlen oder Konflikten anzutreffen. Durch diesen Abwehrmechanismus, den sie "Intellektualisierung" nennt, sollen Triebvorgänge mit Vorstellungen, Gedanken verknüpft werden, um der Triebe habhaft zu werden (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 233).

Die Intellektualisierung des Jugendlichen träte auch als Widerstand innerhalb der PA auf, um die Implikationen der Grundregel der freien Assoziation zu umgehen. Während die Grundregel den Klienten dazu verpflichtet, alle Einfälle und Motivationen auszusprechen, bewirkt die Intellektualisierung, daß Gefühle, Affekte und Motivationen auf Distanz gehalten werden, um sie gar nicht erst aufkommen zu lassen und somit zu vermeiden (Vermeidungsverhalten nach der Verhaltenstherapie).

Nach LAPLANCHE/PONTALIS (1975, Bd. 1, S. 234) besteht ein Zusammenhang zwischen der Intellektualisierung und dem Mechanismus der Rationalisierung, der Affekte nicht systematisch vermeiden wolle, sondern statt der wahren Motivationen nur wahrscheinlichere unterstelle. Von der gesprächspsychotherapeutischen SE-Unterskala (6) "Akzeptierung eigener Gefühle" scheint dieser psychoanalytische Mechanismus der Rationalisierung auch

angesprochen zu sein, worauf wir gleich eingehen werden.

Als gegenteilige Verhaltens- oder Erlebnisweise der gefühlsmäßigen Distanzierung des Klienten von seinen Äußerungen oder "freien Assoziationen" definiert der Gesprächspsychotherapeut SCHWARTZ (1975) eine "gefühlsmäßige Nähe": "Bei seinen Schilderungen geht der Klient innerlich mit" (zit. n. Bonmert 1977, S. 91). Der Klient vollziehe die erlebten Situationen noch einmal nach und scheine die damit ursprünglich verbundenen Gefühle oder Motivationen "zumindest ansatzweise aufs neue zu erleben" (ebd.).

FREUD hätte vor Entdeckung der Methode der freien Assoziation als Gegenstücke zur Intellektualisierung die heilungsfördernden Mechanismen des Wiedererinnerns, affektiven (Neu-)Erlebens und Abreagierens bezeichnen können.

Das bekannte psychiatrische Behandlungsverfahren, welches ausschließlich diese Heilungsmechanismen ausnützt, heißt kathartische Methode. Im Psychodrama von MORENO oder auch in der Primärtherapie des Urschreis von JANOV scheint die Katharsis eine wichtige Rolle zu spielen.

Die GPT fordert mit der Klientenregel der "gefühlsmäßigen Nähe des Klienten zu seinen Äußerungen" bei der Selbstexploration, daß der Klient innerlich mitgeht, Situationen und Motivationen neu erlebt und in Einzelheiten nacherlebt. Hiermit werden wesentliche Aspekte des Effektes der "Reinigung" der kathartischen Methode angesprochen.

FREUD hatte die heilenden Effekte der Katharsis bereits 1895 entdeckt, als er während der Behandlung von Hysterikern ein gefühlsmäßiges Nacherleben und Schildern von evtl. traumatischen Ereignissen der Krankengeschichte forderte:

"Wir fanden anfänglich zu unserer größten Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab. Affektloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Prozeß, der ursprüng-

lich abgelaufen war, muß so lebhaft als möglich wiederholt werden. Dabei treten ... Krämpfe, Neuralgien, Halluzinationen noch einmal in voller Intensität auf und schwinden dann für immer. Funktionsausfälle schwinden ebenso ..." (Freud 1895, GW 1, S. 85).

Nach Entdeckung der Methode der freien Assoziation verlor die kathartische Methode ihre anfängliche Bedeutung für die psychoanalytische Behandlung von Neurosen. Trotzdem bleibt nach LAPLANCHE/PONTALIS (1975) die Katharsis eine der Dimensionen jeder analytischen Psychotherapie:

"Einerseits trifft man in wechselndem Umfang je nach den psychopathologischen Strukturen in zahlreichen Behandlungen ein intensives Wiederaufleben gewisser Erinnerungen, das mit einer mehr oder weniger stürmischen emotionellen Abfuhr einhergeht, andererseits ließe sich leicht zeigen, daß sich die kathartische Wirkung in den verschiedenen Modalitäten der Wiederholung im Verlauf der Behandlung wiederfindet und besonders in der Aktualisierung der Übertragung" (Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 249).

Genau diesen reinigenden Effekt der Katharsis will wahrscheinlich auch die GPT erzielen, indem sie ihren Klienten empfiehlt, bei ihren Schilderungen der Selbstexploration innerlich mitzugehen.

Während jedoch innerhalb der psychoanalytischen Methodendiskussion die Grenzen der Wirksamkeit der kathartischen Technik erkannt wurden, reflektieren die Gesprächspsychotherapeuten die begrenzte Wirksamkeit dieses Heilungsmechanismus nicht. Obwohl der Katharsisbegriff in der gesprächspsychotherapeutischen Literatur nicht auftaucht, hatten wir festgestellt, daß die GPT auf diesen Heilungsmechanismus nicht verzichten möchte.

In der neuen Fachsprache dieser Schule der Psychotherapie scheint an die Stelle des Katharsisbegriffes der Terminus Erleben bzw. das englischsprachige Wort experiencing getreten zu sein. - SCHWARTZ (1975) sprach von "gefühlsmäßiger Nähe". -

Als deutsche Übersetzung für experiencing schlagen BOMMERT u.a. (1973, S. 54) die Umschreibung "gefühlsmäßiges, vorbegriffliches Erleben" vor. (49) Sie meinen hiermit einen "Prozeß des

In-sich-Hineinschauens, um eine gefühlsmäßige Bedeutung zu erspüren und zu erleben" (a.a.O.).

Der ursprüngliche Experiencing-Begriff von GENDLIN (1974, S. 227) scheint ein sehr weites Bedeutungsspektrum zu umfassen, das auch Anklänge an die Sprache der Mystiker erkennen läßt: "Experiencing ist die Interaktion des Organismus mit der gesamten Umwelt, deshalb ist es implizite sehr reich" (Gendlin, zit. n. Bommert 1977, S. 54). (50)

Innerhalb der stark behavioristisch ausgerichteten Psychologie der USA und auch unter den Verhaltenstherapeuten bedeutet anscheinend die "Rehabilitation" des Erlebensbegriffes unter dem Etikett experiencing bereits eine kleine "Revolution"; in der deutschsprachigen und europäischen Psychologie dagegen spielte der sehr allgemeine Begriff Erleben immer eine wichtige Rolle.

3.2.1.5 Spontaneität der Selbstexploration bzw. "Unspontaneität des Sprechens" (Schwartz)

Das fünfte Merkmal der Selbstexploration (SE 5) nennt SCHWARTZ (1975) "Unspontaneität des Sprechens". Ein spontanes Sprechen eines Klienten benötige keine Stimulierung durch den Psychotherapeuten und lasse keine Pausen entstehen (vgl. Bommert 1977, S. 90 f.).

Sofern ein Therapeut die Klientenregeln (und Therapeutenregeln) nicht nur als ein empirisches Instrument zur Messung der Güte der gesprächstherapeutischen Tätigkeit auffaßt, sondern die technischen Empfehlungen an beide Kommunikationspartner auch als Werkzeuge versteht, deren fachliche und effektive Benutzung dem unwissenden Klienten vermittelt werden muß, ergeben sich in diesem Falle bei der Benutzung der Klientenregel der Spontaneität der Selbstexploration nach Auffassung der Kommunikationstheorie von WATZLAWICK und Mitarbeitern (1969 usw.) der Palo-Alto-Schule widersprüchliche Konsequenzen. Eine Verpflichtung oder Aufforderung "Sei spontan"

berge paradoxe Verhaltensansprüche in sich und versetze einen Menschen in eine Beziehungsfalle (double bind), der er sich nur schwer entziehen könne.

SCHWARTZ dagegen scheint diese Paradoxie der Verpflichtung zur Spontaneität eines Klienten bei der SE nicht effektiv einsetzen zu wollen. Da die Definitionen der einzelnen Skalen nach gängiger Auffassung der GPT dem Klienten nicht explizit vermittelt werden, bleibt die Paradoxie der Verpflichtung zur Spontaneität für Klient und Psychotherapeut verborgen.

Eine gezielte Anwendung der Empfehlung, sich spontan zu verhalten, ließe sich in der Technik der paradoxen Intention nach V.E. FRANKL finden, sofern gerade die Unspontaneität einen wichtigen Aspekt der psychischen Erkrankung ausmacht, z.B. bei leichten phobischen Symptomen oder zwanghaften Verhaltensweisen (vgl. z.B. Langen 1971, S. 126 f.). Auch in der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kommunikations-therapie von MANDEL/MANDEL u.a. wird die Technik der Verpflichtung des Klienten, die störende Symptomatik bewußt auszuführen, gezielt eingesetzt. Bei dieser Symptomverschreibung werden die heilungswirksamen Effekte der paradoxen Verhaltensaufforderung zur Evozierung neuer und nicht neurotischer Handlungen oder Erlebnisse ausgenützt (vgl. z.B. Mandel Anita, K.H. Mandel u.a. 1971, S. 243 ff. und 272 ff.).

Der Gesprächspsychotherapeut SCHWARTZ (1975) dagegen benützt die Klientenregel (SE 5) "Unspontaneität des Sprechens" nicht gezielt zur Erlernung "spontaner" Gesprächsformen, sondern als einen Bestandteil der Ansammlung von Merkmalen eines effektiven psychotherapeutischen Gespräches.

Der wahre Kern dieser widersprüchlichen Klientenregel könnte aber in folgendem bestehen: Der Klient soll bei der Erforschung seiner eigenen Probleme Aktivität und Initiative zeigen und möglichst die Gesprächsführung nach seinen Interessen und Wünschen strukturieren und interpunktieren sowie die für

ihn persönlich bedeutsamen Inhalte und Probleme zur Sprache bringen.

Diese neue Interpretation der Klientenregel der Spontaneität ließe den Widerspruch der Verpflichtung, spontan zu sein, bestehen. Indem aber der Akzent auf die bewußte Steuerung des psychotherapeutischen Gespräches durch den Klienten verlegt wird, bleibt der Aspekt einer irgendwie als Spontaneität aufgefaßten Rollenverpflichtung weniger bedeutsam.

Eine noch einschneidendere Verschiebung der Bedeutung dieser Klientenregel ergibt sich durch eine Neuinterpretation des positiven Poles der Skala "Unspontaneität des Sprechens". Das Gegenstück von Unspontaneität ließe sich nicht nur in der Negierung der Negation von Spontaneität finden, sondern in dem sehr viel eindeutiger faßbaren Begriff von Bewußtheit.

Bewußtheit als "Negierung" von Unspontaneität meint in diesem Zusammenhang einen speziellen Grad der bewußten Gesprächsführung durch den Klienten. Eine bewußte Selbstexploration setzt sich ein Erkennen und Verstehen der eigenen Schwierigkeiten zum Ziel. Im Gegensatz zur phänomenologisch sich bescheidenden GPT läßt sich die Bewußtheit der Problemeinsicht auch als ein spezifisches Lernziel formulieren. Der Psychotherapeut oder Berater müßte dann für beide Aspekte einer Problemerkfassung Sorge tragen: Sowohl für die individuelle Sichtweise der psychischen Schwierigkeiten als auch für die sog. wissenschaftliche. Diese wissenschaftliche Erfassung von psychischen Störungen als Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Perversionen, psychosomatische Störungen u.a. (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, 300 - 309) wird für die Jugendberatung immer dann bedeutsam, wenn der jugendliche Klient einer öffentlichen Institution übergeben wird, die diagnostische Kategorien als unveränderbare Persönlichkeitsmerkmale auffaßt. Anhand der psychiatrischen Kategorie der Schizophrenie hatten wir oben die Einflüsse einer Diagnostizierung und Festlegung eines Jugendlichen auf einen bestimmten Lebenslauf diskutiert.

Innerhalb der Psychotherapie müssen die Widersprüche der subjektiven Sichtweise der Störung des Klienten und der scheinbar von den sozialen und psychiatrischen Institutionen eingenommenen objektiven wissenschaftlichen Sichtweise aufgegriffen werden. Somit wäre eine technische Empfehlung für Klient und Psychotherapeut zu formulieren, die beide Aspekte und ihre Bedeutungen für die Bewußtheit psychischer Probleme berücksichtigt.

Versuchen wir die Lernprozesse innerhalb des Rahmens der Methodik der GPT herauszuarbeiten, die diese Bewußtheit über psychische Schwierigkeiten betreffen, so lassen sich aus der Vielzahl der gesprächspsychotherapeutischen Techniken ganz spezielle Therapeutenregeln herausfiltern, die ähnliche Ergebnisse anzielen.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit können mindestens fünf verschiedene Therapeutentechniken oder Merkmale der Psychotherapeutensprache aufgelistet werden, die diese Bewußtheit oder Spontaneität unterstützen könnten.

1.) Schweigen des Klienten, Pausen

Wenn der Klient schweigt und Pausen entstehen läßt, die von ihm als belastend empfunden werden, so lassen sich unterschiedliche technische Empfehlungen für adäquate Therapeutenverbalisierungen anführen, welche die verschiedenen Motive des Schweigens und die entstandenen Gefühle aufgreifen:

"Ich weiß nicht genau, ob Sie diese Pause eher störend oder eher angenehm empfinden, was da in Ihnen vorgeht."

Oder

"Ich habe das Gefühl, diese Pause sei hilfreich und schöpferisch, verstehe ich Sie so richtig?"

(Weber 1974, S. 141)

2.) Spezielle, mehr formale Aspekte einer spontanen Gesprächsführung erfassen die Merkmale "Häufigkeit des Wechsels im Gespräch" und "Unterbrechungen des Sprachflusses" (vgl. Minsel 1974, S. 75, 73).

3.) Ferner lassen sich die Therapeutenregeln "Aktivität" und "Konfrontation" als Konkretisierungen einer spontanen Redeweise auffassen.

Das erste Merkmal nennt MINSEL (1974, S. 74) "Bemühen, Aktivität, Suchen, Nachdenken, Sich-Anstrengen des GP./Th.", wobei bei GP. und Th. Gesprächspartner bzw. Psychotherapeut meinen (vgl. auch Schild 1975, S. 136). Unter einem anderen Namen wird Ähnliches nach SCHWARTZ (1975) vom Psychotherapeuten durch die VEE-Unterskala (5) verlangt: Der Psychotherapeut soll "in seinen Äußerungen innerlich beteiligt" sein und sich engagieren. In seiner Auflistung einzelner Merkmale der "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (= VEE) heißt diese Unterskala "Innere Beteiligung des Psychotherapeuten" (zit. bei Bommert 1977, S. 76). Die Therapeutenregeln "Bemühen usw." (Minsel 1974) und "Innere Beteiligung" (Schwartz 1975) verlangen beide vom Psychotherapeuten solche Verhaltensweisen, die sich im weitesten Sinne mit Spontaneität und Bewußtheit bezüglich des Umgangs mit psychischen Schwierigkeiten umschreiben lassen. Unzureichend bleiben aber die begrifflichen Bestimmungen von Spontaneität des Gesprächspsychotherapeuten SCHWARTZ (1975). Er formuliert keine eindeutig identifizierbaren Verhaltensvorschriften für den Psychotherapeuten, sondern versteckt hinter dem scheinbar nur mit positiven Konnotationen assoziierten Begriff der Spontaneität die oben genannten Widersprüche zwischen subjektiver und objektiver bzw. von anderen wichtigen Personen (und Psychiatern/Psychologen) übernommene Sichtweise psychischer Schwierigkeiten.

Eine spontane Gesprächsführung durch den Psychotherapeuten "verlangt" von ihm als zweites Merkmal "Konfrontation" oder "konfrontierende Äußerungen des Psychotherapeuten" (Tausch 1968, S. 298 f.). Anhand der Definition oder Operationalisierung dieser Therapeutenregel und der für den Klienten geltenden Unterskala "Unspontaneität des Sprechens" (Schwartz 1975) der Selbstexploration lassen sich verschiedene Wider-

sprüche der Methodik der GPT aufzeigen. Eine einheitliche Tätigkeitsvorschrift für Klient und Therapeut wird nicht geliefert, somit bleiben sowohl die positiven Heilungseffekte der paradoxen Verhaltensaufforderung "Sie spontan" ungenutzt, als auch die fruchtbaren Elemente einer mit dem Begriff der Konfrontation nur ungenau bezeichneten Empfehlung an den Psychotherapeuten, sich spontan - im Sinne seiner wissenschaftlichen Schulung - zu verhalten.

Die Klientenregel "Unspontaneität des Sprechens" gibt dem Klienten nur sehr vage Hilfen zur Verwirklichung einer effektiven und heilungswirksamen Selbstexploration. Ähnlich allgemein bleibt die psychoanalytische Grundregel des freien Assoziierens. Mit der Therapeutenvorschrift Konfrontation dagegen erhält der Psychotherapeut sehr bestimmte Empfehlungen, sein Gesprächsverhalten so einzurichten, daß dieses nach den allgemeinen Selbstverständlichkeiten und Standards seiner Kultur als "spontan" und somit normal, natürlich, ungezwungen, frei u.ä. beurteilt werden könnte.

Nach den Ausführungen der GPT zeigt ein Psychotherapeut Konfrontation und verhält sich somit entsprechend "spontan", wenn er den Klienten auf die Ungereimtheiten seines Erlebens, Verhaltens und Sprechens (oder Denkens) hinweist.

"Inhaltlich ist bei Konfrontation gemeint, daß der Kl. durch den Th. verschiedene Diskrepanzen wahrnehmen kann, z.B. zwischen verbalem Inhalt und mimischem Ausdruck oder überhaupt agierendem Verhalten; zwischen idealem und realem Selbst; zwischen der Art, wie der Th. den Kl. wahrnimmt und der Art, wie der Kl. sich über sich selbst äußert" (Schild 1975, S. 136). (51)

Einmal wird vom Therapeuten die Konstatierung oder Feststellung von Unterschieden zwischen verbalem und nichtverbalem Verhalten des Klienten verlangt, der Therapeut funktioniert - nach kybernetischer Sichtweise - hier als Empfänger für Unterschiede der gesendeten Information der beiden Kanäle Sprache und Ausdruck (bzw. Mimik, Gestik u.ä.);

zum anderen soll der Therapeut aber auch Unterschiede zwischen dem sog. idealen und realen Selbst des Klienten nach seinen therapeutischen Wahrnehmungen, Beurteilungen mitteilen, wobei diese Diskrepanzen aber sehr viel schwieriger festzustellen sind als die zuerst genannten.

Da wir bisher auf die spezielle Terminologie der GPT aus der Motivations- und Persönlichkeitspsychologie nicht eingegangen sind, sie hier aber auch nicht ausführlich diskutieren können, weil uns die technischen Konsequenzen interessieren, werden wir uns mit einigen vergleichenden Anmerkungen zufriedengeben.

Die Psychotherapeutenempfehlung der Konfrontation verlangt vom Psychotherapeuten die Übernahme sehr wichtiger Beurteilungsprozesse des Selbstbewußtseins und des Willens bzw. der volitiven Steuerung, der Selbstkontrolle und Selbststeuerung, die vom Klienten wahrscheinlich aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigungen oder Störungen nicht in eigener Verantwortung übernommen werden (können).

Die Motivationen bei Diskrepanzen zwischen dem idealen und realen Selbst werden von der GPT als eine der wichtigen Motivationsarten angesehen, die durch die Methoden dieser Schule der Psychotherapie verstärkt angegangen werden.

In seiner Persönlichkeitstheorie hat ROGERS (z.B. 1959 b, S. 222 - 231) die Folgen von Diskrepanzen zwischen den Wahrnehmungen des eigenen Ich/Selbst und den Erfahrungen/Lernprozessen beschrieben und besonders die motivationalen Folgen herausgearbeitet (vgl. Bommert 1977, S. 34 - 39). Angst, Bedrohung und abnehmende Selbstwertschätzung oder schwindendes Selbstvertrauen sind die bedeutsamsten Konsequenzen bei Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung (ROGERS).

Nach der Therapeutenregel der Konfrontation sollen vom Psychotherapeuten die verschiedenen Elemente des Selbstbildes

herausgearbeitet werden. Neben motivationalen Elementen müßten jedoch auch die kognitiven Elemente und die durch den Willen bestimmten Persönlichkeitscharakteristiken der Selbstbeherrschung spezifische Berücksichtigung in den technischen Empfehlungen für Klienten oder Psychotherapeuten finden. Die volitiven Strukturelemente des Selbstbildes finden in der Methodik der GPT keine ausreichende Berücksichtigung. Hier scheint die motivationale Orientierung bzw. triebtheoretische Sichtweise der Psychoanalyse auch von der GPT nicht überwunden worden zu sein. Ohne die komplizierten Widersprüche zwischen den psychologischen Theorien des psychischen Determinismus und der individuellen Willensfreiheit erörtern zu wollen, dürfen wir doch eine "Blindheit" der GPT für diese Fragen konstatieren. Die technischen Empfehlungen erlauben ein explizites Aufgreifen der besonders für Jugendliche bedeutsamen volitiven Prozesse des Aufbaues von Selbststeuerung oder Selbstkontrolle nicht. Lediglich durch die lerntheoretisch orientierte Verhaltenstherapie scheinen die (motivationalen und) volitiven Elemente der Selbstkontrolle Berücksichtigung gefunden zu haben - abgesehen von anderen und überwiegend älteren Schulen der Psychotherapie und psychiatrischen Behandlung wie z.B. der Persuasionstherapie (DUBOIS) oder Suggestion, durch letztere werden jedoch die Steuerungskräfte des Individuums gezielt eingeschränkt.

3.2.1.6 "Akzeptierung eigener Gefühle" (Schwartz) bei der Selbstexploration

Das letzte Einzelmerkmal des Merkmalsbereiches der Selbstexploration des Klienten wird von SCHWARTZ (1975) "Akzeptierung eigener Gefühle" genannt. Der Klient solle gegenüber seinen Gefühlen keine abwehrende Haltung einnehmen, sondern sie für sich akzeptieren (vgl. Bommert 1977, S. 91).

Sollten mit der "abwehrenden Haltung" die von den Psychoanalytikern herausgearbeiteten Prozesse der Abwehr gemeint sein, die durch die Techniken der Abwehrdeutungen angegangen werden? Speziell für die Jugendlichenpsychoanalyse hatten wir die verschiedenen Abwehrmechanismen und ihre Bedeutung für die Behandlung herausgearbeitet. Unter Abwehr wurden diejenigen Prozesse der Verteidigung des Individuums vornehmlich gegen die Triebe zusammengefaßt, die ihren Zweck in der Aufrechterhaltung der Integrität und Konstanz des Individuums finden.

Der Gesprächspsychotherapeut SCHWARTZ versteht nach seinen Erläuterungen zur Skala (SE 6) der Selbstexploration unter einer "abwehrenden Haltung", daß der Klient die Verbalisierungen seiner Gefühle durch den Psychotherapeuten ohne Reflexion ablehnt, sie verharmlost und abschwächt, nur schwache Gefühle gelten läßt sowie unverfängliche Themen statt Gefühle anspricht und seine Probleme und Empfindungen verallgemeinert (vgl. Bommert 1977, S. 91).

Unterziehen wir jeden dieser Punkte einer genauen Analyse, so tauchen verschiedene Widersprüche auf, die von der Psychoanalyse durch ihren gänzlich anderen wissenschaftstheoretischen Zugriff und eine andere Begriffsbildung aufgefangen werden.

Hierbei wollen wir wiederum von der Annahme ausgehen, der Therapeut verstünde die Skala (SE 6) "Akzeptierung eigener Gefühle" als eine Anweisung zur Belehrung des Klienten in

der "Kunst" der heilungswirksamen Gesprächsführung.

Die erste Erläuterung von SCHWARTZ zur Skala "Akzeptierung eigener Gefühle" besagt:

"Der Klient

- neigt dazu, Gefühle, die der Psychotherapeut hinter oder in seinen Äußerungen zu sehen meint und ihm formuliert, ohne Reflexion abzulehnen."

Die entsprechende positive Erklärung lautet:

"Der Klient

- ist bereit, alle Gefühle, die der Psychotherapeut hinter oder in seinen Äußerungen zu sehen meinte und ihm formuliert, zu reflektieren, ihre Gültigkeit für ihn zu erwägen oder zu akzeptieren" (Schwartz 1975; zit. bei Bommert 1977, S. 91).

Während die Psychoanalyse hermeneutisch oder verstehend im tiefenpsychologischen Sinne vorgeht, hatten wir die grundlegende Ausrichtung der GPT als eine phänomenologische herausgestellt. Die Deutungen des Analytikers interpretieren die Motivationskonflikte mittels der FREUDSchen Triebtheorie, wohingegen die GPT allgemeine Motivationskategorien entwickelt hat, wie z.B. Aktualisierungstendenz (oder Tendenz/Motivation zur Selbstverwirklichung), Bedürfnis nach positiver Zuwendung - vergleichbar mit einem speziellen Aspekt der zärtlichen und sinnlichen Strömung der Sexualität -, sowie ferner dem Bedürfnis nach Selbstwertschätzung (oder Selbstachtung) - ähnlich den Konzepten des Narzißmus, der Selbstliebe oder Ichlibido.

Die GPT hat anscheinend als oberste Maxime für die Gesprächsbeiträge des Therapeuten einen Primat des Standpunktes des Klienten formuliert:

Der Therapeut soll den Klienten von innen her wie mit den Augen des Klienten selbst betrachten und seinen "inneren Bezugsrahmen" übernehmen (vgl. z.B. Bommert 1977, S. 32 usw.).

Diese grundlegende Verpflichtung des Psychotherapeuten begründet die GPT mit der nicht unproblematischen Theorie von der Wirklichkeit oder menschlichen "Realität" und der Einzig-

artigkeit der subjektiven Erfahrung (vgl. Rogers 1961/1973, zit. n. Bommert 1977, S. 20).

Die von ROGERS überwiegend benutzten Begriffe Realität und Erfahrung werden in einem radikalen Sinne eines philosophischen und speziell erkenntnistheoretischen Phänomenalismus (Kleinpeter 1913) verstanden, der die Zugriffe der konkurrierenden Hermeneutik (der Psychoanalyse), des Positivismus (der Verhaltenstherapie) und anderer Ansätze vorschnell verwirft.

Beschränken wir uns auf die widersprüchlichen Konsequenzen der radikalen phänomenologischen Betrachtungsweise von Gefühlen und ihrer Erkennbarkeit, so zeigt sich gerade bei den entsprechenden technischen Vorschriften für Klient und Psychotherapeut die Grenze dieses Ansatzes.

Zwei verschiedene Techniken versuchen die Frage der Wahrheit von Gefühlen bzw. des richtigen Sprechens über Gefühle des Klienten zu regeln: die für den Klienten geltende Vorschrift über die "Akzeptierung eigener Gefühle" (Schwartz 1975) und die Therapeutenregel über die "Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung" (Schwartz 1975).

Nach der Klientenempfehlung "Akzeptierung" soll der Klient seine Redeweise bei der Selbstexploration mit den Formulierungshilfen seines Psychotherapeuten insofern verändern, daß er mehr über seine Gefühle spricht, als seine "abwehrende Haltung" eigentlich zuläßt. Hiermit ist der Klient nicht nur dazu aufgefordert, seine Aufmerksamkeit selektiv und verstärkt seinen Gefühlen zuzuwenden, sondern er sollte auch solche Gefühle bei sich selbst erkennen/wahrnehmen lernen, die nach den Vermutungen der Psychotherapeuten irgendwie "hinter" oder "in" seinen Redebeiträgen verborgen sein könnten.

Die dieser Technik zugrundeliegende psychologische Theorie muß davon ausgehen, daß ein Mensch und Klient der GPT durchaus Gefühle "haben" kann, sie aber nicht wahrnimmt und ausspricht.

Ein Grundprinzip der phänomenologischen bzw. gesprächs-psychotherapeutischen Betrachtungsweise besagt jedoch, daß jedes Individuum in seiner subjektiven Welt, Wirklichkeit, Realität und Gefühlswelt lebt, die einzig und allein für es persönlich erkennbar sei und somit auch sprachlich formuliert werden könne.

Nach den Zusammenfassungen von BOMMERT (1977) drückt ROGERS diese These des subjektiven Phänomenalismus so aus:

"Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist."

"Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum die Realität"

(Rogers 1951/1973; zusammengefaßt von Bommert 1977, S. 32).

Diese philosophischen und erkenntnistheoretischen Aussagen zur Wirklichkeit und Realität sowie zum Charakter der individuellen Wahrnehmung der Außenwelt und des Ich/Selbst (oder der "Innenwelt" des Organismus Mensch) werden einige Jahre später von ROGERS (1959 b) auch als Grundlage seiner gesprächspsychotherapeutischen Persönlichkeitstheorie übernommen:

Ein Individuum habe folgende Eigenschaften:

"Es nimmt seine Erfahrung als Realität wahr. Seine Erfahrung ist eine Realität. Daher hat es ein größeres potentiellles Bewußtsein als irgend ein anderer davon, was seine Realität ist, denn kein anderer kennt völlig seinen inneren Bezugsrahmen." (Rogers 1959b; zusammengefaßt von Bommert 1977, S. 34).

Beziehen wir diese Aussagen auf einen Klienten, der seine Gefühle wahrnehmen und sprachlich ausdrücken soll, so stehen wir vor dem Paradoxon, daß er "eigentlich" seine Gefühle nur selbst kennen könne, aber anscheinend doch die Hilfe eines Psychotherapeuten benötigt, um über sie sprechen zu können.

Gefühle können also zeitlich vor der Hilfe eines Psychotherapeuten durch seine Verbalisierungen für einen Klienten "Realität" sein, weil der Psychotherapeut sie wahrnimmt, aber

nach der subjektiven Wahrnehmung des Klienten sind seine eigenen Gefühle keine "Realität", denn er weiß nichts von diesen Gefühlen bzw. kann nicht über sie sprechen. Mit den helfenden Verbalisierungen des Psychotherapeuten soll er aber in die Lage versetzt werden können, Prozesse oder Gefühle als "Realität" zu akzeptieren, die kurz vorher noch für ihn keine "Realität" waren.

Wenden wir für dieses Problem der Erkennbarkeit von Realität (auch der individuellen "Innenwelt" der Gefühle) die entsprechende Empfehlung für den Psychotherapeuten an, so müssen wir feststellen, daß die letztlich gültige Entscheidungsinstanz für die Wahrnehmung der "Realität" der gefühlsmäßigen "Innenwelt" keineswegs das Individuum selbst ist, sondern der Psychotherapeut.

Explizit besagt nämlich die Therapeutenregel über die "Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung" (Schwartz 1975):

"Kriterium für die Richtigkeit einer Psychotherapeutenäußerung (über die Gefühle des Klienten, Ergänzung W.K.) ist der Vergleich mit den vorausgegangenen Klienten-Äußerungen, wie die Beurteiler sie verstanden haben" (Schwartz 1975; zit. n. Bonmert 1977, S. 75).

Der Satz vom Primat des Individuums über die Wahrheit seiner Gefühle scheint somit nicht unbegrenzt gültig zu sein. Die Praxis der GPT soll nach den Vorschlägen zur Methodik keineswegs nur nach den Prinzipien der Phänomenologie gesteuert werden, sondern auch nach gänzlich anderen Maximen, die mit der obigen Aussage zur "Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung" angedeutet, aber nicht explizit benannt werden.

Eine nicht unwesentliche Rolle spielt bei der Beurteilung der Richtigkeit oder Wahrheit von Aussagen über Gefühle anderer die genaue sprachliche Erfassung der differenzierten Bedeutungsaspekte von Realität oder Wirklichkeit.

ROGERS benutzt den Begriff "Realität" in einem ganz begrenzten Sinne, nämlich als "innere" Realität oder subjektive Innenwelt, subjektiv erlebte Wirklichkeit.

Wahrscheinlich ist aber eine Unterscheidung zwischen zwei verschiedenen Bedeutungen von Realität oder Wirklichkeit für das psychotherapeutische Sprechen über Gefühle mindestens genauso wichtig. Bereits FREUD hatte nämlich (1.) zwischen der äußeren oder materiellen Realität und (2.) zwischen der psychischen Realität unterschieden (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 426). Mit psychischer Realität im weiten Sinne bezeichnete er alles, "was für das Subjekt Realitätswert besitzt"; im engeren Sinne meinte er unbewußte Wünsche und Phantasien (a.a.O.).

Diese von der Psychoanalyse getroffene Unterscheidung zwischen der materiellen und der psychischen Realität wird von ROGERS mit den Begriffen "Erfahrung" und "Realität" nicht aufgegriffen. Durch die ungenaue Bestimmung der Bedeutungen dieser Begriffe fördert er sogar eine mißverständliche Sprache.

Nach der sehr viel differenzierteren phänomenologischen Analyse des Gestaltpsychologen W. METZGER (1940) lassen sich neben anderen die folgenden zwei Bedeutungen von Wirklichkeit oder Realität unterscheiden:

- 1.) Wirklichkeit im ersten Sinne meint die physikalische bzw. allgemein erlebnisjenseitige Welt (Metzger 1940/1963, S.14) oder die objektive Außenwelt, Realität;
- 2.) Wirklichkeit im zweiten Sinne meint "alles überhaupt anschaulich Erlebbare", die "anschauliche oder erlebte Welt" (Metzger 1940, S. 14 f.); sie umfaßt sowohl die anschaulich erlebte Umwelt als auch den eigenen Körper oder Organismus, sowie das Ich mit seinen je individuellen Gefühlen.

Die Gefühle eines anderen Menschen sind in diesem Sinne für den Psychotherapeuten im ersten Sinne wirklich, sofern er sie überhaupt richtig erkannt oder wahrgenommen hat.

Der Klient selbst kann einzig und allein seine Gefühle als wirklich im zweiten Sinne erleben. Kriterien für die Wahrheit einer Feststellung, daß der Klient ein ganz bestimmtes Gefühl

"hat" oder erlebt, lassen sich jedoch wahrscheinlich nur durch eine genaue Untersuchung der entsprechenden Situation aufstellen. Die Behauptung, daß nur der Psychotherapeut über die Richtigkeit von Äußerungen über Gefühle entscheiden könnte, geht wiederum an der möglichen Vielfalt von erlebnisfähigen Zuständen und Gefühlen vorbei.

Die oben vorgestellte Unterscheidung von zwei Bedeutungen des Begriffes "Wirklichkeit" wurde von dem Gestaltpsychologen Wolfgang METZGER vorgenommen. Er benutzt bei seiner Analyse der verschiedenen Bedeutungen von Wirklichkeit genauso wie die Gesprächspsychotherapeuten auch die phänomenologische Methode. Neben den hier vorgestellten zwei Bedeutungen von Wirklichkeit arbeitet er noch drei weitere heraus, die für die adäquate Erfassung z.B. von Wahrnehmungen und Halluzinationen oder sog. optischen Täuschungen bedeutsam werden (vgl. Metzger 1940/1963, S. 8 - 47). Da er aber zu einem differenzierteren Urteil über die verschiedenen Wirklichkeiten als ROGERS über "die Realität" kommt, müßte man zumindest bedenken, ob die GPT nicht wichtige Unterschiede übersieht, wenn sie von Welt, Erfahrung, Realität oder Wahrnehmungsfeld spricht. Eine wissenschaftliche Fachsprache kann ohne eine den Tatsachen entsprechend differenzierte Begriffsbildung nicht auskommen. Vermutlich werden auch viele Klienten und Psychotherapeuten innerhalb einer GPT neben der Umgangssprache auch Begriffe aus den Fachsprachen benutzen. Warum aber innerhalb der GPT eine Unterscheidung der verschiedenen Bedeutungen von Wirklichkeit oder Realität bei der Unterhaltung über Gefühle des Klienten nicht vorgenommen werden soll, müßte zumindest begründet werden. Der Begriff Realität allein reicht für ein genaues Sprechen über die anschaulich erlebten Gefühle wahrscheinlich nicht aus.

Probleme der Wahrnehmung und Versprachlichung von Motivationen und Gefühlen werden von der psychoanalytischen Theorie und Technik durch das Konzept der Abwehr aufgegriffen. Neben normalen Abwehroperationen unterscheidet FREUD die verschiedenen pathologischen Formen. Sie sind gegen ursprünglich innere

Erregungen gerichtet, vornehmlich gegen sexuelle, und rufen als innere Gefahr die Unlust hervor. Mit der Theorie der Topik des psychischen Apparates versuchte FREUD den Widerspruch zwischen der meist lustvoll erlebten Triebabfuhr und der abzuwehrenden Triebabfuhr zu erklären; letztere soll mit Unlust gekoppelt sein. Da sich bei allen Abwehrvorgängen die beiden Konfliktpole Ich und Trieb gegenüberstünden, führe die Ablehnung einer Triebforderung durch das Ich wegen der drohenden Gefährdung des inneren homöostatischen Gleichgewichts zu einer pathologischen Abwehr (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 24 ff.).

Die theoretischen Erklärungen von ROGERS zu den Ursachen, Folgen und Mechanismen von nicht stattgefundenen Wahrnehmung von Gefühlen bedienen sich auch des Denkmodelles der Kybernetik und Homöostase. Der Ich- und Triebbegriff werden durch Selbst und organismische Erfahrung u.ä. ersetzt, jedoch beschreibt er keine verschiedenen Mechanismen, die den Operationstypen der Abwehr vergleichbar wären. ROGERS postuliert einen "Prozeß der Verteidigung" gegen die "Erfahrung der Bedrohung" oder Angst. Präzise technische Empfehlungen wie die verschiedenen Deutungen der Abwehrmechanismen formuliert er nicht.

Gehen wir von der Technik der "Akzeptierung eigener Gefühle" bei der Selbstexploration des Klienten aus, so werden zwei Mechanismen der Abwehr angesprochen, die bestimmten Aspekten der psychoanalytischen Rationalisierung und Intellektualisierung entsprechen.

Die PA versteht unter dem Abwehrmechanismus der Intellektualisierung, daß ein Analysand seine Gefühle, Triebe und Affekte rational zu meistern sucht, um sie zu vermeiden und zu neutralisieren.

Die Rationalisierung dagegen bezweckt keine systematische Vermeidung von Gefühlen, sondern sie verschleiert bestimmte Elemente eines Abwehrkonfliktes, indem statt der wahren oder "wirklichen" Beweggründe (Motive) durch das Über-Ich und den Intellekt des Klienten als akzeptabel angesehene Motive

angeführt werden, die wahrscheinlicher sein sollen. So können ideologische, moralische, religiöse oder politische Überzeugungen vorgeschoben werden.

Die Technik der GPT geht mit den Ausführungen von SCHWARTZ (1975) auf die von der PA herausgearbeiteten unterschiedlichen Mechanismen der Abwehr von Gefühlen auf andere Art ein.

Die Verharmlosung oder Abschwächung von Gefühlen könnte man der Neutralisierung zuordnen, was typisch für die Intellektualisierung ist.

Durch eine spezielle Therapeutenregel wird auch dem Therapeuten eine Redeweise empfohlen, die mögliche Intellektualisierungen ausschließt. In einer der Unterskalen der VEE-Regel, nämlich "Deutlichkeit der Psychotherapeutenäußerung" (VEE-8), empfiehlt SCHWARTZ (1975) dem Therapeuten, die Gefühle des Klienten nicht zu verallgemeinern und abzuschwächen (vgl. Bommert 1977, S. 77).

Ein Verallgemeinern von Gefühlen durch den Klienten oder Therapeuten würde die Psychoanalyse wahrscheinlich eher dem Mechanismus der Rationalisierung zuschlagen. Die GPT unterscheidet anscheinend nicht streng zwischen den unterschiedlichen Eigenheiten von Intellektualisierung und Rationalisierung.

Die folgende Erläuterung von SCHWARTZ (1975) ließe sich als eventuell passende Operationalisierung von Rationalisierung auffassen:

"Der Klient

(...)

- geht über Andeutungen von Gefühlen schnell hinweg, wechselt das Thema ins Unverfängliche.
 - verallgemeinert seine Probleme und Empfindungen ('Das würde Ihnen doch auch so gehen', 'Das würde wohl jeder so machen')"
 (Schwartz 1975; zit. bei Bommert 1977, S. 91).

In dieser Erläuterung werden aber die nach Auffassung des psychoanalytischen Konzeptes der Rationalisierung unterschiedenen Begründungen für Motive nicht aufgegriffen. Ob

aber ein Gefühl z.B. aus politischen oder religiösen Überzeugungen und entsprechenden moralischen Standards von einem Klienten in der Psychotherapie nicht eingestanden werden kann, sollte doch immerhin einer Überlegung wert sein. Obwohl die GPT und PA das Schwergewicht ihrer therapeutischen Bemühungen auf motivationale Aspekte psychischer Probleme verlegen, erlaubt anscheinend nur die PA ein differenziertes Ansprechen der verschiedenen Arten kognitiver Probleme.

Die neopsychoanalytische Schule von Annemarie DÜHRSEN versucht mittels der neurosenpsychologischen Kategorie der intentionalen Gehemmtheiten die verschiedenen Arten kognitiver oder rationaler Probleme anzusprechen. Sofern sowohl motivationale als auch kognitive Aspekte psychischer Schwierigkeiten in einer Psychotherapie behandelt werden, sollten die verschiedenen Seiten des menschlichen Bewußtseins auch durch entsprechende Techniken einer Psychotherapie berücksichtigt und evtl. angegangen werden.

Aus dem Funktionsbereich der Gefühle oder Motivationen haben wir verschiedene Techniken der GPT vorgestellt, die die Lernprozesse des Klienten betreffen. Mit den verschiedenen Spezifizierungen zur Klientenregel der Selbstexploration lernten wir die wichtigsten Regeln dieser Schule der Psychotherapie kennen, sofern überwiegend die Lernprozesse des Klienten angesprochen sind. Da die GPT auch technische Empfehlungen für das sprachliche Verhalten des Psychotherapeuten aufgestellt hat, müssen wir noch auf diese Regeln eingehen. In bestimmten Fällen finden die Vorschriften für die Klienten eine Entsprechung in einzelnen Therapeutenregeln, was eigentlich nicht verwunderlich sein sollte. Erstaunlich ist im Gegenteil das historische Faktum, daß die GPT zunächst schwerpunktmäßig die Therapeutenregeln ausgearbeitet und als allgemeine Vorschrift nur die einzige Klientenregel der Selbstexploration entwickelt hatte. Eigentlich sollten sich die Regeln für Therapeut und Klient entsprechen und ergänzen, denn beide verfolgen das gleiche Ziel der Gesundheit des Klienten.

Problematisch erscheint die Tatsache der Eigenart der Entwicklung der Methodik der GPT. Diese Methodik unterscheidet nämlich streng zwischen den für den Klienten geltenden Klientenregeln und den für den Therapeuten geltenden Therapeutenregeln.

In der obigen Darstellung der verschiedenen Unterregeln der Selbstexploration hatten wir die strenge Trennung zwischen Klienten- und Therapeutenregeln bereits durchbrochen, indem wir jeweils sich entsprechende Regeln vorgestellt hatten.

3.2.2 Die Therapeutenregeln der GPT über die Verbalisierung von Gefühlen und andere Vorschriften für den Therapeuten

Im Gegensatz zu dieser Sichtweise der Vorgänge und Prozesse des Lernens eines Klienten in der GPT müssen wir nach der Darstellung der Klientenregeln der Selbstexploration die wichtigsten Therapeutenregeln vorstellen.

3.2.2.1 Die Therapeutenregel "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte"

Für den Bereich der psychischen Funktionen der Gefühle, Motivationen regelt vor allem die Therapeutenempfehlung der "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (VEE) die sprachlichen Tätigkeiten des Psychotherapeuten.

Die verschiedenen Aspekte der Bemühungen des Psychotherapeuten um das heilungswirksame Sprechen über Gefühle hat wiederum SCHWARTZ (1975) sehr präzise herausgearbeitet (vgl. Bommert 1977, S. 74 - 77). Er hat die Therapeutenvariable VEE oder "Einführendes Verstehen" in acht verschiedene Unterskalen "aufgespalten" und uns hiermit einen genauen Katalog für das derzeit als gültig oder heilungswirksame Sprechen des Psychotherapeuten in die Hand gegeben.

Die verschiedenen Unterskalen oder Einzelmerkmale der VEE haben von SCHWARTZ (1975) folgende Bezeichnungen erhalten:

- 1.) Weitergehen des Psychotherapeuten,
 - 2.) Flexibilität im Sprachverhalten,
 - 3.) Häufigkeit des Ansprechens von Gefühlen des Klienten durch den Psychotherapeuten,
 - 4.) Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung,
 - 5.) Innere Beteiligung des Psychotherapeuten,
 - 6.) Unbestimmtheit der Aussage des Psychotherapeuten,
 - 7.) Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten,
 - 8.) Deutlichkeit der Psychotherapeutenäußerung
- (zit. bei Bommert 1977, S. 74 - 77).

Die Mehrzahl dieser Einzelmerkmale empfiehlt ganz bestimmte formale Charakteristiken der Sprechweise: Die Wortwahl des Psychotherapeuten soll flexibel und abwechslungsreich sein (VEE 2); der Psychotherapeut soll so oft wie möglich die Gefühle des Klienten ansprechen (VEE 3); seine Äußerungen haben richtig zu sein (VEE 4); sie sollen offenlassend sein, indem er z.B. am Ende einer Äußerung fragend die Stimme hebt (VEE 6); ferner soll er konkrete und plastische Formulierungen wählen, keine Fachtermini (VEE 7). Dieses zuletzt genannte Einzelmerkmal "Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten" (Schwartz) findet eine ziemlich genaue Entsprechung in der Klientenregel der "Undifferenziertheit der Klienten-Äußerungen" (SE 1 nach Schwartz), worauf wir weiter oben bereits eingegangen sind.

Mit dieser kurzen Darlegung der formalen Merkmale des "Einfühlenden Verstehens" (Schwartz) ist der größte Teil der Bedeutungen der als so wichtig angesehenen Kernvariable des Therapeutenverhaltens vorgestellt. Die VEE-Unterskalen 1, 5 und 8 scheinen somit auch Empfehlungen für den Therapeuten auszusprechen, die über eine Aufzählung von formalen und äußerlichen Eigenschaften einer therapeutischen Sprache hinausgehen.

Die Skalen VEE 1 und VEE 8 haben wir aber bereits mit den Klientenregeln der Selbstexploration abgehandelt: Das "Weitergehen des Psychotherapeuten" (VEE 1) entspricht der zweiten SE-Unterskala "Intensität"; die Therapeutenskala "Deutlichkeit der Psychotherapeutenäußerung" (VEE 8) empfiehlt ein Sprachverhalten, das auch durch die Klientenregel der "Akzeptierung eigener Gefühle" (SE 6) geregelt wird.

Damit bleibt die fünfte VEE-Skala "Innere Beteiligung des Psychotherapeuten" (Schwartz) übrig. Ob dieses Einzelmerkmal des "Einfühlenden Verstehens" über die Empfehlung relativ formaler Merkmale hinausgeht, dürfte nach den bisherigen Erfahrungen der Analyse der Methodik der GPT ziemlich unwahrscheinlich sein.

Die hier anklingende Skepsis gegenüber der psychotherapeutischen Wirksamkeit oder Heilungswirksamkeit der Technik der VEE scheint auch innerhalb der Schule der GPT aufgekommen zu sein.

Nach neueren empirischen Untersuchungen aus der BRD sollen die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Verwirklichung der Variablen VEE und verschiedenen Maßen über die Erfolge oder Effekte der GPT nur schwach oder sogar statistisch insignifikant geblieben sein (vgl. Schwartz 1975, S. 119). Einige Gesprächspsychotherapeuten ziehen hieraus die Schlußfolgerung, daß es in keiner Weise sinnvoll sei, das Therapeuten-Merkmal VEE als Technik zu erlernen und zu verwirklichen (vgl. Graessner, Heinerth 1975, S. 170). Nichtsdestoweniger hat die GPT für diese Variable ein detailliertes Lernprogramm für Psychotherapeuten entwickelt. Nach MINSEL (1974, S. 105 - 146) läßt sich durch ungefähr ein Dutzend Übungen die Fähigkeit oder Fertigkeit erlernen, als Psychotherapeut VEE zu praktizieren. Dieses Lernprogramm orientiert sich streng an den klassischen operationalen Definitionen der Klientenvariablen SE und der Therapeutenvariablen VEE, die Differenzierungen der Skalen zur Selbstexploration und "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" in der Art von

SCHWARTZ (1975) sind jedoch noch nicht aufgenommen. Da ausschließlich die Benutzung dieser beiden Variablen in der klassischen Form der TAUSCH-Schule gelernt werden soll bzw. ihre Praktizierung als Psychotherapeut, liegen die Grenzen dieses Lernprogrammes auf der Hand. Die Kritik von BOMMERT (1977, S. 81) an einem automatenhaften Sprachverhalten von Anfänger-Psychotherapeuten, die sich anfangs vorrangig darum bemühten, sich in dem Merkmal VEE zu verbessern, läßt sich wahrscheinlich auch gegen denjenigen Aspiranten der GPT wenden, der das Lernprogramm von MINSEL (1974) allzu gut absolviert hat.

Die orthodoxen Schüler von ROGERS haben aber auch für dieses Fehlverhalten eines Gesprächspsychotherapeuten den passenden Katalog von Techniken eines besseren Sprachverhaltens zur Hand. Neben der bereits oben vorgestellten W-Variablen muß ein nach wissenschaftlichen Kriterien dieser Schule der Psychotherapie höchstwahrscheinlich effektiver Psychotherapeut auch zumindest die dritte Kernvariable des Psychotherapeutenverhaltens verwirklichen, nämlich "Echtheit und Selbstkongruenz" (Tausch). Da nach der Klassifikation der Funktionsbereiche der Prozeßskala von ROGERS (1958, 1959a) diese Therapeutenvariable weniger den Funktionsbereich der "Gefühle und persönlich-gefühlsmäßige(n) Meinungen des Klienten" betrifft, sondern mehr die Inkongruenz, werden wir die Therapeutenvariable der "Echtheit und Selbstkongruenz" (E/S-Variable) in diesem Zusammenhang nicht genauer vorstellen.

Stattdessen sollen hier die umfangreichen Bemühungen der GPT zur umfassenden Beschreibung eines optimalen Sprachverhaltens eines Psychotherapeuten dokumentiert werden, indem wir all diejenigen Psychotherapeutenvariablen auflisten und evtl. kurz erläutern, die ein kompetenter und effektiver Therapeut der GPT verwirklichen sollte (vgl. auch Weber 1974). Aus dem Merkmalsbereich der VEE bleibt noch die Unterskala (VEE 5) der "Inneren Beteiligung des Psychotherapeuten" (Schwartz 1975) vorzustellen.

Diese Skala verbietet dem Gesprächstherapeuten, sich dem Klienten nur berufsmäßig und rollenhaft, distanziert zuzuwenden; sie empfiehlt dagegen, echt am Klienten und seinen Problemen interessiert zu sein sowie sich in hohem Maße zu engagieren (vgl. Schwartz 1975; zit. bei Bommert 1977, S. 76). Unter einem anderen Namen wurde diese Therapeutenvariable als bedeutsame Therapeutenvariable neben den drei Kernvariablen - nämlich "Wärme", "Echtheit und Selbstkongruenz" und Verbalisierung" - ungefähr zu Beginn der 70er Jahre von der TAUSCH-Schule neu entdeckt.

Bei unserer nun folgenden Auflistung von Therapeutenregeln werden wir häufiger diese Feststellung treffen, daß die Schule der GPT "neue" Therapeutenvariablen "entdeckt" hat. Zum Modus des Erfindens neuer Techniken im Bereich der Psychotherapie wollen wir uns hier nicht äußern, wir werden aber zumindest versuchen, die bereits bekannten Techniken der klassischen psychoanalytischen Schulen nicht in Vergessenheit geraten zu lassen.

Das Therapeutenmerkmal "Innere Beteiligung des Psychotherapeuten" (Schwartz) verlangt ähnliche Einstellungen und Verhaltensweisen wie die Skala der "Emotionalen Zuwendung des Psychotherapeuten (innere Anteilnahme, Interesse, Sorge, Wertschätzung, Wärme)" nach der Bezeichnung von TAUSCH (1973, S. 299). Worin jedoch der genaue Unterschied dieser beiden Skalen liegt, ist schwer festzustellen. Exegetische Begriffsanalysen der einzelnen Wortbestandteile der Bezeichnungen dieser Skalen würden wahrscheinlich Nuancen in den Bedeutungen hervorholen können. Da aber sowohl SCHWARTZ (1959b) als auch TAUSCH (1973, S. 299) Ähnlichkeiten mit der Therapeuten-Kernvariablen "Positive Wertschätzung und emotionale Wärme" (Tausch 1968/1970, S. 112) herausstellen, dürfen wir die Skala VEE-5 von SCHWARTZ (1975) als einen wahrscheinlich bedeutsamen Aspekt der Sprache eines Gesprächspsychotherapeuten betrachten, der auf die emotionalen Komponenten der Einstellung des Psychotherapeuten abhebt. Diese Therapeutenregel greift

Elemente der Empfehlungen der W-Variablen auf und stellt somit evtl. eine spezielle Operationalisierung der W-Variablen für die Sprechweise des Therapeuten im Sinne von VEE dar.

Die erste neue Therapeutenvariable der TAUSCH-Schule aus der BRD schien die Empfehlung gewesen zu sein, die mit "Bemühen, Aktivität, Suchen, Nachdenken, Sich-Anstrengen des GP./Th." umschrieben wird (Minsel 1974, S. 75). TAUSCH (1973, S. 301 f.) nennt diese Variable auch "Ausmaß aktiven Bemühens-Suchens-Nachdenkens-Anstrengung". SCHILD (1975, S. 136) bezeichnet diese neue Therapeutenvariable einfach mit dem Namen "Aktivität" und betont die falsche Auffassung der klienten-zentrierten Methode als ein passives und rigides "Spiegeln" der Verbaläußerungen des Klienten.

TAUSCH (1973, S. 301 f.) referiert verschiedene empirische Forschungen aus seiner Schule, die alle "die große Bedeutung dieses Merkmals" unterstreichen (a.a.O.), und subsumiert auch eine Untersuchung von PIERCE u.a. (1970) unter die Belege der Heilungswirksamkeit dieser Therapeutentechnik. Die Arbeit von PIERCE u.a. (1970) habe das Ausmaß der Verantwortlichkeit des Psychotherapeuten für den Klienten untersucht.

Nach TAUSCH (1973, S. 302) besteht die Verantwortung des Therapeuten gegenüber dem Klienten unter dem Aspekt des "aktiven Bemühens" darin, intensive und für den Klienten deutlich wahrnehmbare Anstrengungen zu unternehmen, "das phänomenale Erleben des Klienten auf Grund dessen Äußerungen in tiefer Weise zu verstehen und ihm in hohem Maße konkret und präzise mitzuteilen" (a.a.O.).

Im Rahmen der Jugendberatung scheint jedoch die Frage der Verantwortung sehr viel differenzierter gestellt zu sein. Im "phänomenalen Erleben" des Jugendlichen können sehr unterschiedliche Auffassungen über die Verantwortung und Schuld bei psychischen Problemen gegeben sein. Daß ein

Therapeut hier ohne eindeutige Stellungnahme auskommen könnte, dürfte fragwürdig sein. Ein Gesprächstherapeut dürfte aber auch mit dem Erziehungsziel übereinstimmen, einem Jugendlichen zur eigenen Verantwortung für sein Handeln und "Sein" oder seinen Charakter zu verhelfen. Die Verantwortung des Psychotherapeuten bei seinen aktiven Bemühungen, den Klienten zu verstehen, dürfte sich in diesem weiteren Zusammenhang darauf beschränken, seinen eigenen Beitrag zur Heilung des Jugendlichen nach bestem Wissen und Können zu leisten, ohne ihm die Möglichkeit des Erlernens der Übernahme von Verantwortung für seine Lage zu schmälern.

Von der (Neo-)Psychoanalyse ist die Frage der Eigenverantwortlichkeit und Schuld als methodisches Problem auch nur unter einem relativ nebensächlichen Blickwinkel aufgegriffen worden. Nur im Zusammenhang mit den Abwehrdeutungen sind wir auf dieses Problem gestoßen. Von Jugendlichen sollen besonders die Abwehrmechanismen (Anna Freud) der Regression und des Asketen dazu benützt werden, übertriebene Strenge der Eltern fernzuhalten und Schuldgefühle zu vermeiden. Die Schuldgefühle sind nach psychoanalytischer Auffassung die wahrgenommenen Beziehungen im psychischen Apparat des Individuums, nämlich die Wahrnehmungen der Kritik des Über-Ich (somit der Eltern i.w.S.) am Ich, Selbst. Durch die Schuldgefühle wird somit der Jugendliche (und Erwachsene) stets an die Einhaltung der moralischen Vorschriften seiner Eltern und der anderen Menschen gefühlsmäßig erinnert, was ihn auf die Rolle des "nicht für seine Handlungen selbst Verantwortlichen" festzulegen scheint. Eine selbstbewusste oder seiner Persönlichkeit gemäße Akzeptierung von ethischen Maximen verlangt die Übernahme von Verantwortung für eigene Handlungen und Tätigkeiten, nicht dagegen ein Verweis auf fremde oder elterliche Autoritäten. Dieses Erziehungsziel einer realistischen Selbsterziehung müßte für die Jugendberatung oberster Maßstab sein.

3.2.2.2 Weitere Therapeutenregeln

Die psychotherapeutische Schule der GPT hat neben den bisher vorgestellten Techniken des Therapeutenverhaltens eine Vielzahl von weiteren Regeln für ein optimales Sprachverhalten des Psychotherapeuten entdeckt (vgl. Tausch 1973, S. 291 ff.; Minsel 1974, S. 73 ff.; Weber 1974; Schild 1975, S. 134 - 137; Bommert 1977, S. 132 ff.).

Von diesen Autoren werden - in alphabetischer Reihenfolge - u.a. die folgenden Therapeutenvariablen aufgeführt:

- 1.) Erwartungshaltungen von Psychotherapeuten gegenüber Klienten (vgl. Tausch 1973, S. 303);
- 2.) psychische Funktionsfähigkeit des Therapeuten (vgl. Tausch 1973, S. 302; Schild 1975, S. 135);
- 3.) Selbsteinbringung (des Therapeuten)
(vgl. Tausch 1968, S. 161 f.; Schild 1975, S. 136);
- 4.) Überzeugungskraft (persuasive potency)
(vgl. Schwartz 1975, S. 119).

Ohne ein selektives Kriterium müßten wir mehrere Dutzend weiterer Therapeutenregeln auflisten, die alle dazu beitragen sollen, das Sprechen des Psychotherapeuten zu optimieren. Da die GPT ursprünglich mit dem Anspruch aufgetreten war, die Wirksamkeit und Effektivität ihres Vorgehens gegenüber anderen verbalen Methoden der Psychotherapie unter Beweis zu stellen, böte sich das Ausmaß der empirisch nachgewiesenen Heilungswirksamkeit als Kriterium der Selektion von wichtigen Therapeutenregeln an. Von der GPT selbst ist dieses bis heute nicht geleistet worden, deshalb dürfen wir uns auch bescheiden von dieser Aufgabe distanzieren (vgl. Bommert 1977, S. 128 ff.).

Auch die Spezifizierung der Fragestellung auf Jugendberatung führt uns nicht weiter. Nach SCHMIDTCHEN/KAATZ (1976, S. 222 - 230) lassen sich keine nennenswerten neuen Ergebnisse vorweisen.

Das bisher häufig verwendete Kriterium der Ähnlichkeit der Techniken der GPT zur PA würde zu dem Resultat führen, daß viele Techniken der PA unter anderem Namen innerhalb der GPT wieder auftauchen. Wir wären damit aber nur sehr wenige Schritte weitergekommen.

In diesem Zusammenhang ist besonders die Therapeutenregel der GPT mit dem Namen: "Achten auf ätiologisch wichtige Personen" zu erwähnen (vgl. Tausch 1973, S. 289, 297; vgl. auch Minsel 1974, S. 74). Ein Psychoanalytiker würde hier eher an den Ödipuskomplex denken.

Statt von Abwehr- und Widerstandsdeutungen spricht die GPT evtl. von "Verteidigungsmechanismen" (vgl. Minsel 1974, S. 23). Unter dem Namen "Vertrauensbrücken und Beziehungsgeflechte" behandelt WEBER (1974, S. 111 f.) die hinderlichen Tendenzen der Abwehrmechanismen und empfiehlt, bewußt Vertrauensbrücken aufzubauen, was nach psychoanalytischer Sprachregelung eher ein Aspekt der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung zu sein scheint.

Auf die Herstellung von Hoffnung und Vertrauen soll nach FRANK (1961) und TRUAX u.a. (1968) der Psychotherapeut durch die Empfehlung "persuasive Potenz und Erwecken von Vertrauen und Hoffnung" hingewiesen werden (vgl. Minsel 1974, S. 74). SCHWARTZ (1975, S. 119) hatte diese Therapeutenregel kurz "Überzeugungskraft (persuasive potency)" genannt.

Die Diskussion unter den Methodikern der PA über die verschiedenen Bedeutungsschichten oder Tiefe von Deutungen oder Interpretationen sowie die Fragen der Überdeutung oder Überinterpretation werden von Gesprächspsychotherapeuten unter der Therapeutenregel "Interpretationstiefe" abgehandelt (vgl. Harway u.a. 1955 bzw. Minsel 1974, S. 74; ferner für die PA: Glover 1955, S. 275 ff.; bzw. Görres 1965, S. 241; Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 546 - 548).

Der spezielle Aspekt der psychoanalytischen Neutralitätsregel, der besagt, daß der Analytiker nicht die einzelnen Wörter und

den Sprachstil des Analysierten aufgrund bestimmter theoretischer Vorurteile bewerten sollte, wird von der GPT mit der Therapeutenregel "Anpassung des Sprachniveaus" (Weber 1974, S. 109 - 110) angesprochen. Im Lernprogramm der SE und VEE von MINSEL (1974, S. 136) wird in den Übungen zur Verbesserung der Flexibilität der Sprache des Psychotherapeuten verlangt, Fachvokabeln ("Fachjargon") und abstrakte Substantive in konkrete, einfache, verständliche und anschauliche Form umzuformulieren (vgl. auch VEE 2 von Schwartz (1975): "Flexibilität im Sprachverhalten"; zit. b. Bommert 1977, S. 74).

Die Widerstandsdeutungen der PA tauchen in der Regel "Widerstände" von GILLESPIE (1953) sogar ohne einen anderen Namen auf (vgl. Minsel 1974, S. 73).

3.3 Der Lernbereich des Experiencing: Bewußtseins- erweiterung oder Lernen, bewußter zu leben

Nach der Prozeß-Skala von ROGERS sind für die GPT nicht nur die Lernprozesse im emotionalen Bereich von Bedeutung, sondern auch diejenigen weiterer seelischer Funktionsbereiche. Den Funktionsbereich (7) der "Beziehung zu Personen" hatten wir bereits diskutiert. Die restlichen Funktionsbereiche sollen abschließend unter der methodischen Fragestellung behandelt werden. Wir untersuchen die Vorschläge der GPT zur technischen Handhabung psychischer Probleme, die in den anderen seelischen Funktionsbereichen auftreten können.

Neben dem emotionalen Lernen im seelischen Funktionsbereich der "Gefühle und persönlich-gefühlsmäßige(n) Meinungen" sollen Klienten der GPT entscheidende Lernprozesse in einem Funktionsbereich durchlaufen, den ROGERS (1958) "unmittelbar gegenwärtigen Erleben und Erfahren" genannt hat (vgl. Tausch 1968, S. 254 ff.; Pfeiffer 1975, S. 75 f. und 156).

Diese psychische Funktion des Erlebens oder Bewußtseins wird von verschiedenen Tochterschulen der GPT als zentraler Bereich

der Psyche verstanden, der durch therapeutische Einwirkungen die (psychische) Gesundheit eines Menschen sehr viel besser beeinflussen könne als die Motivationen oder Gefühle.

Die gesprächspsychotherapeutische Tochtterschule um E.T. GENDLIN u.a. versteht unter Erleben bzw. experiencing (1.) eher einen Prozeß des Fühlens oder des gefühlsmäßigen Erlebens als einen Prozeß des Denkens, Wissens oder der Verbalisierung ; Erleben sei (2.) ein organismischer Prozeß, nicht unbewußt oder verdrängt usw. (vgl. Tausch 1968, S. 261 f.).

Versuchen wir den englischsprachigen Begriff experiencing und die aus der amerikanischen Tradition der Psychologie stammenden Bedeutungsgebungen durch GENDLIN in die derzeitige Fachsprache der europäischen Psychologie und Philosophie zu übersetzen, so müßten wir die Begriffe Bewußtsein, Vorstellung, Vergegenwärtigtes, Angetroffenes oder einfach den Begriff Erleben (Erlebnis) benutzen (vgl. z.B. Dorsch 1963).

Für die Mehrzahl der europäischen Psychologen der letzten Jahrzehnte gehörte das Erleben und Bewußtsein des Menschen unverzichtbar zu den wesentlichen Bestandteilen des Gegenstandsbereiches der Psychologie als Wissenschaft.

Die amerikanische und behavioristische Psychologie dagegen hat scheinbar aus methodischen Gründen, aber doch wohl eher aufgrund anderer philosophischer und wissenschaftstheoretischer Auffassungen das Bewußtsein und Erleben des Menschen zu einem Tabu erklärt: nur die Reaktionen und das Verhalten des Menschen könnten "wissenschaftlich" von der Psychologie untersucht werden, somit sollte das äußere Verhalten des Menschen erforscht werden und das innere "Verhalten" wie Gefühle und Gedanken sei aus der "wissenschaftlichen" Psychologie zu verbannen.

Mit der Anerkennung des Erlebens als legitimen Gegenstand der auf der wissenschaftstheoretischen Schule der Phänomenologie

fußenden GPT hat C.R. ROGERS die herrschenden Selbstverständlichkeiten des wissenschaftlichen Arbeitens innerhalb der überwiegend behavioristisch orientierten Psychologie der USA überschritten und sich in die sog. dritte Schule der Psychologie zwischen der Psychoanalyse und dem Behaviorismus eingereiht, nämlich die "humanistische Psychologie" (vgl. einführend Bühler/Allen 1974 oder den Sonderteil über Humanistische Psychologie in Psychologie heute 4/1977, S. 34 - 52).

Anhand der Prozeßskala beschreibt ROGERS verschiedene Grade oder Qualitäts-, Quantitätsstufen von Erleben, Erfahrung, die von psychischer Normalität bis zur Krankheit sich erstrecken.

Allgemein scheint er unter Erleben die subjektiv verschieden empfundenen Grade der Entfernung oder Nähe der eigenen Erlebnisse oder der Inhalte unseres Bewußtseins zu uns selbst zu verstehen. Die niederen Qualitäts- oder Intensitätsstufen unseres Erlebens ließen sich nach seinen Vorstellungen dadurch charakterisieren, daß man entfernt von seiner eigenen subjektiven unmittelbaren Erfahrungsbildung sei; statt unmittelbar zu erleben, neige man zu extremen Intellektualisierungen (vgl. Tausch 1968, S. 256).

Diesen negativen Ausprägungen der Entfernthet und minimalen Bewußtheit stünden als positive Prozeßstadien des Erlebens ein Leben im Prozeß oder Bewußtseinsstrom (W. James) des unmittelbar gegenwärtigen Erfahrens gegenüber mit wesentlichen Bezugnahmen auf das unmittelbar gegenwärtige Erleben (vgl. Tausch 1968, S. 254).

Vergleichen wir diese aus der Schule der GPT stammenden Charakterisierungen von verschiedenen Gradabstufungen des bewußten Erlebens mit den Unterscheidungen der international weitgehend anerkannten Psychiatrie und Klinischen Psychologie über verschiedene Bewußtseinsgrade, so lassen sich gewisse Ähnlichkeiten entdecken. Die nicht normalen oder patho-

logischen Bewußtseinsstufen der unteren Stufen der Prozeßstadien des Erlebens/Erfahrens der GPT scheinen überwiegend bestimmten Symptomen der Bewußtseinsstörung der Vigilanz zu entsprechen.

Unter Vigilanz verstehen die psychiatrische und psychologische Psychopathologie die (Höhe der) Wachheit des Bewußtseins. Statt von Vigilanz spricht man auch von Bewußtseinslage, -helligkeit, -klarheit oder Bewußtseinsgraden (vgl. z.B. Drever/Fröhlich 1968; Peters 1974; Delay/Pichot 1963/1971, S. 248 ff.; Huber 1974).

Mit den Forschungsergebnissen der Psychiatrie und Klinischen Psychologie über die verschiedenen Arten und Eigenschaften des normalen und pathologischen Bewußtseins scheint die GPT jedoch sehr großzügig umzugehen. In der Prozeßskala (2) Erleben/Erfahren scheint ROGERS verschiedene Aspekte und Symptome unterschiedlicher Arten von Bewußtseinsstörungen zusammengeschmolzen zu haben:

Erstens die verschiedenen quantitativen Stufen der Vigilanz oder Bewußtseinsklarheit,
zweitens spezielle Varianten von Bewußtseinseinengung und
drittens Symptome der Bewußtseinsintegration.

Diese drei Arten von Bewußtseinsstörungen werden in dem deutschsprachigen psychiatrischen Wörterbuch von PETERS (1974, S. 57 ff.) unterschieden. ROGERS schlägt stattdessen eine neue Terminologie und somit implizit eine neue Klassifikation der Arten von Bewußtseinsstörungen vor, die an der konkreten Phänomenologie dieser psychischen Funktion vorbeiziele. Hierdurch müssen sich schwerwiegende Folgen für die interdisziplinäre wissenschaftliche Kommunikation zwischen den einzelnen Fachwissenschaften des psychischen und sozialen Gesundheitswesens ergeben, die von einfachen Mißverständnissen wegen verschiedener Übersetzungen aus der englischen bzw. amerikanischen Sprache ins Deutsche bis zu groben Formen der undifferenzierten Begriffsbildung und Anzeichen

von Begriffsverwirrung reichen (vgl. stattdessen Delay/Pichot 1963/1971, S. 248 ff. oder die fast populärwissenschaftliche Einführung von Winkel 1977, S. 27 ff.). Nach klassischer Auffassung (vgl. Peters 1974) werden zumindest die folgenden Grade oder Niveaus von Vigilanz unterschieden: die Bewußtseinstrübungen (Somnolenz, Sopor und Koma) und die überwachten Zustände der Hypervigilanz.

Die niedrigen Niveaus der Prozeßskala (2) des Erlebens/Erfahrens meinen anscheinend diejenigen Bewußtseinsgrade, die zwischen normalen und bereits pathologischen Zuständen von getrübttem Bewußtsein oder eingeschränkter Bewußtheit der Somnolenz eingeordnet werden könnten. Vielleicht denkt ROGERS an abgeschwächte Formen der hyponoischen Bewußtseinsstufen, die nach E. KRETSCHMER zu den stammesgeschichtlich älteren Stufen des Seelenlebens gehören und bei sogenannten Kulturmenschen nur unter besonderen Bedingungen vorkommen.

Nach PETERS (1974, S. 205 f.) treten diese Bewußtseinszustände in der Hypnose, im Traum, bei einzelnen schizophrenen Denkstörungen und evtl. in hysterischen Dämmerzuständen auf. Sie entstehen unter Einschaltung eines dämmerigen Bewußtseins oder einer eingeengten, traumhaften Bewußtseinslage (a.a.O.).

Ähnlich wie die hyponoische Bewußtseinshelligkeit nach KRETSCHMER scheint die "minimale Bewußtheit" nach ROGERS auch mit einigen Symptomen der Bewußtseinseinengung gekoppelt zu sein. Die erste Stufe des Prozeßstadiums von "Entferntheit und minimaler Bewußtheit" soll nämlich durch extreme Intellektualisierung gekennzeichnet sein, was sich als spezielle Variante einer Bewußtseinseinengung auffassen läßt. Extreme Intellektualisierung könnte ein Überwiegen von intellektuellen oder kognitiven Funktionsabläufen meinen gegenüber der konkreten Vielfalt von Empfindungen, Gefühlen und auch Gedanken eines "normalen" Menschen.

Als dritte Art von Bewußtseinsstörung hatten wir die Störungen der Bewußtseinsintegration genannt. Obwohl diese Gruppe von

Bewußtseinsstörungen wahrscheinlich heute nur noch von wenigen Psychiatern und klinischen Psychologen als einheitliches Krankheitsbild akzeptiert wird, weil nach PETERS (1974, S. 55) eine pathologische Veränderung der angeblich höchsten personalen Funktion der Besinnung (G.E. Störing) oder Bewußtheit, engl. consciousness, dieser Bewußtseinsstörung zugrundeliegen soll, werden die verschiedenen Arten von Diskrepanzen zwischen Vigilanz, Denken und Gefühlen, (An-)Trieben doch allgemein als Hinweise auf nicht normale seelische Zustände angesehen. Für diese Arten von Störungen der Koordination psychischer Funktionen hat ROGERS jedoch einen eigenständigen dritten seelischen Funktionsbereich erfunden, den er "Inkongruenz" nennt. Doch darauf werden wir im nächsten Abschnitt eingehen.

Dem zuerst genannten Aspekt der "Entferntheit und minimalen Bewußtheit" des Erlebens/Erfahrens von ROGERS, den wir als niedrige Stufe der Vigilanz identifiziert hatten, wird in der Prozeßskala (2) eine Endstufe der Bewußtheit gegenübergestellt, die wir bewußtes Leben oder Bewußtseinserweiterung nennen könnten. Genauso unklar wie ROGERS jedoch die unteren Niveaus des Erlebens/Erfahrens beschreibt, genauso vieldeutig bleibt auch die Charakterisierung des höchsten Prozeßstadiums: "Im Prozeß des unmittelbar gegenwärtigen Erfahrens lebend - wesentliche Bezugnahme auf das unmittelbar gegenwärtige Erleben" (zit. n. Tausch 1968, S. 254; vgl. auch drs., S. 259).

Nach klassischer Auffassung wiederum werden neben den extremen Formen der Vigilanz oder Bewußtseinsklarheit als Sopor und Koma die "positiven" Formen der Hypervigilanz oder Überwachtheit unterschieden. Diese hypernoischen Zustände der Bewußtseinserweiterung lassen sich u.a. durch autosuggestive Einwirkungen, aber auch durch Drogen vom Typ der Halluzinogene, wie z.B. Haschisch oder LSD, hervorrufen; bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie Epilepsie werden ebenfalls diese Zustände der Bewußtseinsklarheit erreicht. Die verschiedenen

Formen der Überwachtheit können jedoch weder im statistischen noch im funktionalen Sinne als normal angesehen werden, sondern sie sind extreme Ausprägungen der Wachheit des Bewußtseins, die durchaus nicht ungefährlich sind. Die Zustände der Hypervigilanz können nämlich sehr leicht "umkippen" in die gegenteiligen Bewußtseinsgrade von Sopor und Koma.

Da gerade unter Jugendlichen die überwachten Zustände des Erlebens oder Bewußtseins eine hohe Attraktivität besitzen, sollte ein Jugendberater die "Vorzüge" und Gefahren der hypernoischen Bewußtseinszustände kennen, um mit adäquaten pädagogischen Interventionen auf etwaige Bedürfnisse junger Menschen nach diesen Erlebnissen der Bewußtseinserweiterung eingehen zu können. Ob aber z.B. ein Rauscherlebnis durch Haschisch substituiert werden kann durch ein "peak-experience" in der (Transzendentalen) Meditation oder der Oberstufe von Autogenem Training, ganz zu schweigen von "gegenteiligen" Substituten durch Alkohol, wird nur die jeweilige Situation erweisen können.

Für die zur Zeit gebräuchliche Methodik der GPT spielen die Ausführungen zum Erlebensbereich oder Bewußtsein keine wesentliche Rolle. Da aber die verschiedenen Niveaustufen und Störungen der psychischen Funktionen des Bewußtseins oder Erlebens nicht übersehen werden können, haben Schüler der GPT diesen "Mangel" der fehlenden Berücksichtigung bestimmter psychischer und psychopathologischer Phänomene dazu benutzt, eine scheinbar gänzlich "neue" Theorie und Technik der Psychotherapie zu erfinden, die diesen Formen des Bewußtseins besser Rechnung tragen als die Anregungen von ROGERS zum Erlebensbereich. Diese Tochtterschule der GPT hat dem englischsprachigen Begriff des EXPERIENCING zentralen Stellenwert eingeräumt und in E.T. GENDLIN ihren "Vater" einer weiteren neuen Schule der Psychotherapie gefunden. Wir wollen jedoch auf genauere Ausführungen hierzu verzichten.

Als spezielle "neue" Technik hat GENDLIN (1969) das "focusing" entwickelt. Nach BOMMERT (1977, S. 56) besteht diese Technik

der Zentrierung der Aufmerksamkeit oder Erhöhung der Konzentration darin, daß im Laufe des therapeutischen Gespräches Pausen eingeschaltet werden, "in denen der Klient aufgefordert wird, sich in sein Erleben zu vertiefen."

Konzentrationsübungen sind aber bereits seit hundertten oder sogar tausenden von Jahren bekannt, die wichtigsten sind Meditation, Versenkungsübungen verschiedener orientalischer (Yoga, Zen) und christlicher Religionen (Exerzitien, Meditation) sowie aus der Psychiatrie das katathyme Bilderleben nach K.N. LEUNER und die aktive Imagination nach C.G. JUNG; die sog. Oberstufenübungen des Autogenen Trainings von J.H. SCHULTZ lassen sich ebenfalls in die Techniken des "focusing" oder der Konzentrations-, Versenkungsübungen einordnen.

3.4 Inkongruenz als psychischer Funktionsbereich

Neben dem Gefühls- und Erlebnisbereich postuliert die ROGERS-Schule der Psychotherapie einen weiteren seelischen Funktionsbereich, den sie INKONGRUENZ nennt. Die psychische Funktion der Inkongruenz soll sich im Verlaufe einer GPT von der Niveaustufe des Nicht-Bemerkens bis zu nur gelegentlicher Inkongruenz verändern (vgl. Tausch 1968, S. 255).

Mit Hilfe der Prozeß-Skala (3) Inkongruenz lassen sich die verschiedenen Stufen der Ausprägung dieser postulierten psychischen Funktion beschreiben und messen.

Die unteren Skalenstufen charakterisieren ROGERS und RABLEN (1958) durch die folgenden Merkmale:

Zwischen dem bewußten Erleben und dem Denken, Sprechen bestehen Diskrepanzen,

das Bewußtsein oder Erleben des Klienten ist eingeeengt und "weite Bereiche des Erfahrens, die potentiell dem Bewußtsein zugänglich sind, werden dem Individuum nicht bewußt" (Tausch 1968, S. 256).

Der von der GPT angestrebte Endzustand von Inkongruenz dagegen wird so beschrieben:

"Im Endstadium der Psychotherapie ist die Inkongruenz minimal und nur zeitweise. Das Individuum ist fähig, voll und akzeptierend den Prozeß des unmittelbaren Erfahrens zu leben und Bedeutungen abzuleiten, die sich aus dem unmittelbar gegenwärtigen Erleben ergeben" (Tausch 1968, S. 259).

Versuchen wir wiederum einen Vergleich dieses von der GPT entwickelten Konzeptes der Inkongruenz mit ähnlichen oder entsprechenden Kategorien der Psychiatrie und Klinischen Psychologie, so müssen wir zunächst feststellen, daß eine "psychische Funktion" dieser Art nach Auffassung anderer Schulen der psychiatrischen oder psychologischen Psychotherapie nicht zu existieren scheint.

Eine sorgfältige Analyse der einzelnen Bedeutungsstandteile von Inkongruenz ergibt jedoch gewisse Ähnlichkeiten mit der international anerkannten Definition einer psychiatrischen Erkrankung, nämlich der Schizophrenie, die zur Gruppe der endogenen Psychosen gerechnet wird (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 33-39).

Nach der Definition der Stufe I der Prozeß-Skala (3) über die Inkongruenz zeichne sich ein niedriges Niveau dieser psychischen Funktion durch verschiedene Widersprüche aus:

- Erstens durch Diskrepanzen oder Widersprüche zwischen
Denken (oder Sprechen) und Erlebnissen,
- zweitens durch Widersprüche von nichtverbalem Ausdruck und
Gefühlen,
- drittens durch Widersprüche des Sprechens (und Denkens)
selbst,
- viertens durch Unterschiede zwischen der potentiellen Weite
des Bewußtseins für verschiedene Erlebnisse,
Wahrnehmungen und einer Bewußtseinseinengung,
- fünftens durch Diskrepanzen der Selbsterkenntnis oder des
Selbstbildes des Individuums zu verschiedenen Zeiten
und Umständen seines Lebens (vgl. Tausch 1968,
S. 256, 258).

Nach dem Glossar des ICD-8 kann bzw. sollte die diagnostische Kategorie Schizophrenie bereits benutzt werden,

"wenn charakteristische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Stimmung, des Verhaltens oder der Persönlichkeit vorhanden sind oder während des Krankheitsverlaufes vorhanden waren; wenigstens in zwei der genannten Gebiete sollten Störungen vorliegen " (Diagnoseschlüssel 1975, S. 34).

Mindestens zwei Merkmale von Inkongruenz und Schizophrenie tauchen in beiden Definitionen auf, nämlich Denk- und Wahrnehmungsstörungen. Ob wir aber deshalb unter einer großen Ausprägung von Inkongruenz gleiches verstehen dürfen wie unter Schizophrenie, ist hiermit noch nicht hinreichend belegt. Eventuell könnten genauere Textanalysen anderer Veröffentlichungen der ROGERS-Schule hier weiteren Aufschluß geben (vgl. auch die Erläuterungen zur "schizoiden Persönlichkeit": Diagnoseschlüssel 1975, S. 55).

Zusätzlich zu den Ähnlichkeiten zwischen Schizophrenie und dem "Funktionsbereich" von Inkongruenz ließen sich gewisse Übereinstimmungen mit den psychoanalytischen Kategorien Abwehr, Verdrängtes, Gehemtheit und Unbewußtes anführen. ROGERS und RABLEN (1958) betonen in ihrer Charakterisierung der unteren Stufe von Inkongruenz mehrmals, daß die Diskrepanzen verschiedener Art dem Individuum selbst unbemerkt und "nicht bewußt" blieben (vgl. a.a.O.).

Dieses Merkmal der Wirksamkeit von Erlebnissen im Ausdruck und Verhalten eines Menschen bei gleichzeitigem Nicht-Wahrnehmen oder Nicht-Bewußtwerden ist typisch für die oben genannten Mechanismen und Prozesse.

Betrachten wir den "Funktionsbereich" der Inkongruenz unter dem technischen Aspekt der therapeutischen Möglichkeiten zur Veränderung, so lassen sich verschiedene Zusammenhänge zum motivationalen Funktionsbereich oder Gefühlsleben feststellen. Von Diskrepanzen der "Funktion" Inkongruenz sind nämlich wahrscheinlich überwiegend die Gefühle betroffen und das Sprechen (und Denken) über die Gefühle.

Aus dem Methodenarsenal der GPT scheint besonders gut die Therapeutenempfehlung zur Echtheit und Selbstkongruenz (= E/S-Variable) für Veränderung der Inkongruenz eingesetzt werden zu können, neben der Therapeutenregel Konfrontation, auf die wir bereits eingegangen sind.

Die E/S-Variable wurde von ROGERS entwickelt, um den Psychotherapeuten zu selbstbewußten und sicheren Verhaltensweisen innerhalb seiner Berufsrolle als Helfer bei psychischen Problemen anzuleiten. Durch diese Therapeutenregel werden keine inhaltlichen Festlegungen für die Verbalisierung bestimmter Aspekte psychischer Probleme ausgesprochen, sondern eine allgemeine Empfehlung, die sich in der Formel zusammenfassen ließe: Sei du selbst.

Vergleichen wir die Lernergebnisse, welche bei Befolgung der Therapeutenregel Echtheit und Selbstkongruenz durch den Mechanismus des Modell-Lernens beim Klienten erzielt werden können, mit den durch die Prozeßskala (3) der Inkongruenz implizit angestrebten Zielen eines kongruenten Erlebens und Verhaltens, so könnte sich die Annahme bestätigen, daß ähnliche Lernergebnisse angesprochen werden. Wir werden deshalb die dritte Kernvariable der Therapeutenregeln in diesem Zusammenhang vergleichend vorstellen.

3.4.1 Inkongruenz und die Therapeutenempfehlung zur Echtheit und Selbstkongruenz

Von den drei Kernvariablen des Therapeutenverhaltens verpflichtet die Echtheit und Selbstkongruenz den Therapeuten zu einem Verhalten, das beim Klienten von seinem Psychotherapeuten den Eindruck eines wahrhaftigen und ehrlichen Helfers bei psychischen Problemen entstehen läßt. ROGERS erkannte bereits 1957 die Bedeutung dieser Therapeutenvariable, denn er hielt die Verwirklichung dieser Variablen zusammen mit den Empfehlungen zur "Wärme" und "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" für hinreichende und notwendige Bedingungen einer erfolgreichen Psychotherapie.

Die dritte Kernvariable der "Echtheit und Selbstkongruenz" definierte ROGERS (1957) wie folgt:

"Die Echtheit des Therapeuten in der Beziehung: Die dritte Bedingung ist, daß der Therapeut, innerhalb der Grenzen dieser Beziehung, eine kongruente, echte, integrierte Person sein soll. Es bedeutet, daß er innerhalb der Beziehung frei und tief er selbst ist, mit seinen aktuellen Erlebnissen, die genau repräsentiert sind durch sein Gewahrwerden von ihm selbst. Das Gegenteil davon ist es, eine Fassade darzubieten, sowohl wissentlich als auch unwissentlich" (Rogers 1957, S. 97; zit. n. Bommert 1977, S. 79; Übersetzung W.K., Original siehe Anmerkung: 52).

Eine einfache Interpretation dieser Definition könnte besagen, daß der Therapeut alles ausspricht, was er denkt und was in ihm selbst während der Therapie vorgeht. Aber diese Art von "Echtheit" meint ROGERS selbstverständlich nicht; der Therapeut soll nur insoweit "echt" sein, daß der Klient glaubt, der Therapeut sei "in Wirklichkeit" echt und aufrichtig in allem, was er sagt. Selbstverständlich braucht der Therapeut aber nicht vollkommen ehrlich zu sein, sondern nur insofern, wie er gegenüber dem Klienten diese Rolle des echten und wahrhaftigen Gesprächspartners aufgrund seiner schauspielerischen Fähigkeiten durchhalten kann (vgl. auch Tausch 1968/1970, S. 130). Ob ein Therapeut aber in Wahrheit "echt" sein kann, wenn er nur für den Klienten echt zu erscheinen braucht, ist ein wahrscheinlich nicht einfach zu lösendes ethisches Problem vieler helfender Berufe. Ein Therapeut kann bei Befolgung der Echtheitsempfehlung von ROGERS für sich selbst subjektiv das "wirkliche" Gefühl haben, ein Lügner zu sein, aber für den Klienten als "wirklich" echt und wahrhaftig erscheinen.

Die wesentlichen Momente der Empfehlung an den Therapeuten, in seinen Gefühlen und seinem Verhalten für den Klienten ehrlich und echt zu erscheinen, könnten sich aus den Gefahren der strengen Befolgung seiner zweiten Therapeutenregel "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" ergeben haben

und aus den Konflikten, in die der Therapeut geraten kann, wenn er sich um eine weitestgehende Einhaltung der Empfehlung zu warmen, emotionellen oder "erotischen" Gegenübertragungen bemüht.

FREUD hat durch seine Empfehlung eines kühlen und neutralen Gegenübertragungsverhältnisses auch die Gefühle und Affekte des Therapeuten schonen wollen (vgl. Freud 1912, GW 8, S. 130 f.). Da ROGERS dem Therapeuten diese Erleichterungen nicht gewähren will, muß er für allzu große Belastungen des Therapeuten zur Aufrechterhaltung einer warmen oder "erotischen" Gegenübertragung eine Hilfsregel gleichsam als "Notausgang" für den Therapeuten formulieren.

Obwohl keine genauen Aussagen von praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten über entsprechende Therapiesituationen vorliegen, in denen die Einhaltung einer strikten, positiven Gefühlsbeziehung zum Klienten teilweise aufgehoben werden mußte, weil der Therapeut sich nicht mehr zugewandt und freundlich verhalten konnte, dürfen wir doch annehmen, daß diese Situation überwiegend dann auftritt, wenn der Therapeut negative Gefühle empfindet. Die Echtheitsempfehlung dürfen wir also wahrscheinlich weitgehend als Empfehlung zur Verbalisierung von negativen oder den Klienten ablehnenden Gefühlen der Reserviertheit, Skepsis oder Aggression auffassen.

Anhand des Verhaltensinventars von BARRETT und LENNARD (1962) läßt sich diese Vermutung belegen. Die Autoren versuchen, durch verschiedene typische Beispiele von Klientenäußerungen die Variable der Echtheit und Selbstkongruenz zu operationalisieren. Die negativen Beispiele besagen u.a., daß der Therapeut "eine Fassade zeigt", "verlegen" wird, einen "falschen Eindruck von seinen Gedanken und Gefühlen" gibt und "daß er Gefühle hat, die unsere Beziehung erschweren und die er mir gegenüber nicht äußert" (zit. n. Tausch 1968/1970, S. 129).

Auch die von TRUAX (1962) entwickelte fünfstufige Skala zur Fremdeinschätzung enthält in der Definition der höchsten Skalenstufe vorwiegend Beispiele von Äußerungen, die negative Gefühle des Therapeuten enthalten. Anscheinend soll hierdurch der Widerspruch zur Wärme-Variablen aufgehoben werden.

"Stufe V: Der Psychotherapeut ist in freier und tiefer Weise in dem Beziehungsverhältnis er selbst. Er ist offen für Erfahrungen und Gefühle aller Arten, sowohl erfreulicher wie verletzender Natur, ohne Spuren von Verteidigung oder Rückzug in Professionalismus. Es mögen gegensätzliche Gefühle da sein, aber diese werden akzeptiert oder erkannt. (...) Es ist nicht nötig, daß der Psychotherapeut auf dieser Stufe persönliche Gefühle ausdrückt. (...)" (Truax 1962; nach der teils wörtlichen, teils sinngemäßen Übersetzung von Tausch 1968/1970, S. 130). (53)

Gerade mit dem zuletzt zitierten Satz dieser TRUAX-Skala werden Zusammenhänge zur FREUDschen Regelung der Gegenübertragung erkennbar. FREUD hatte genauso - nämlich durch die Neutralitätsregel - die Äußerung von persönlichen Gefühlen des Therapeuten für unerwünscht erklärt, weil die Kranken durch ihre Unersättlichkeit gerne die Rollen von Therapeut und Analysand umkehren würden und sie sich mehr für die Analyse des Arztes als für die eigene interessieren könnten (vgl. Freud 1912, GW 8, S. 384). Während FREUD aber durch die Festlegung der Gegenübertragung auf Kühle und Neutralität das Aufkommen von evtl. negativen oder feindseligen Gefühlen beim Therapeuten zu verhindern suchte, muß der Gesprächstherapeut dem Klienten mit warmen, zugewandten oder "erotischen" Gefühlen begegnen, was wahrscheinlich hohe Anforderungen an die Selbstbeherrschung des Therapeuten stellt.

Mit der Beschreibung der oberen Niveaustufen der "psychischen Funktion" der Inkongruenz liefern ROGERS und RABLEN (1958) gleichzeitig das Idealbild eines Menschen, der in

einem ganz speziellen Aspekt als vorbildlich hingestellt wird. Dieser Aspekt beinhaltet die Festlegung des Charakters eines Menschen auf Inkongruenz bzw. Kongruenz zu sich selbst, seiner Eigenart.

Als Therapeutenregel fordert die Variable Echtheit und Selbstkongruenz den Therapeuten dazu auf, gegenüber dem Klienten sich in der Therapie ohne eine Fassade oder professionelles Verhalten darzustellen. Hiermit werden jedoch keine Angaben über spezifische Persönlichkeitseigenschaften geliefert, die nach Auffassung der GPT durch den Psychotherapeuten so für den Klienten wahrnehmbar dargeboten werden sollten, damit der Klient sich an diesem Persönlichkeitsmodell orientieren könnte.

Durch die Definition und Beschreibung der E/S-Variablen wird ein Psychotherapeut also nicht auf ein bestimmtes Verhalten festgelegt, das einem spezifischen Persönlichkeitsmodell entsprechen würde. Der Therapeut soll sich "ganz normal" geben, entsprechend den Standards und Selbstverständlichkeiten seines Berufsstandes, seiner sozialen Gruppe und Schicht.

Da die implizite Voraussetzung gilt, daß der Klient das Objekt der Veränderungsbemühungen der Psychotherapie ist, muß der Klient den Eindruck gewinnen, als sei der Psychotherapeut ein Vorbild oder Repräsentant eines Typs von Mensch, dem der Klient sich anzugleichen habe. Er muß den Therapeuten als Vorbild empfinden, das ihm diejenigen Persönlichkeitseigenschaften usw. vorlebt, die er noch als Lernaufgabe erwerben müsse.

Durch eine spezielle Therapeutenregel wird die implizite Annahme der GPT, daß der Psychotherapeut ein Modell oder Vorbild für den Klienten sein solle, leichter erkennbar. Sie heißt nach TAUSCH (1973, S. 302) "allgemeine psychische Funktionsfähigkeit des Therapeuten" und meint, daß der Therapeut beim Klienten den Eindruck oder die Annahme erwecken sollte, daß der Therapeut ein psychisch gesunder

und reifer Mensch sei.

In der Sprache der GPT und mit den Persönlichkeitseigenschaften dieser Schule der Psychotherapie wird ein idealer Psychotherapeut nach TAUSCH (1973, S. 302) so beschrieben:

Der psychisch voll funktionsfähige Psychotherapeut soll fähig sein zu angemessenerem, effektiverem Verhalten sowie zu seelisch gesünderem Funktionieren als ein Klient.

Dieses soll für verschiedene Bereiche gelten:

"Planung der Zukunft, angemessene Gefühle und angemessenes Verhalten, Anstrengung zur Erlangung von Informationen über sich selbst sowie über die Umgebung, Lösung von Konflikten mit anderen Personen, Fähigkeit zur Lösung von Konflikten innerhalb der eigenen Person."

Mit dieser Therapeutenregel werden in der Spezialsprache der Persönlichkeitspsychologie der GPT die Ziele dieser Schule der Psychotherapie angegeben und gleichzeitig für Therapeut und Klient ein ideales Persönlichkeitsbild gezeichnet. Da aber wahrscheinlich nicht einmal alle Psychotherapeuten den Anforderungen dieser Idealnomen entsprechen können, muß eine spezielle Regel die Diskrepanzen zwischen dem realen und geforderten Therapeutenverhalten aufgreifen und dahingehend interpretieren, daß der Psychotherapeut nicht selbst an der Unerfüllbarkeit dieser persönlichkeitspsychologischen Idealnomen verzweifelt oder durch Verminderungen des so wichtigen Selbstwertgefühls oder Selbstvertrauens reagiert.

- Eine große Diskrepanz zwischen Selbstbild und Idealbild (geringes Selbstvertrauen) ist nach Auffassung der GPT sogar ein wesentlicher Indikator für psychische Beeinträchtigung oder psychische Störungen -.

Die Entwicklung oder Erfindung einer angeblichen psychischen "Funktion" der Inkongruenz und der Psychotherapeutenregel der Echtheit und Selbstkongruenz scheint auch genau dieses Lernergebnis bezwecken zu wollen, Therapeut und Klient ein Idealmodell eines sich selbst vertrauenden Menschen vorzuführen, der die Diskrepanz aushält und seelisch gesund bleibt.

Besonders bei Jugendlichen und jungen Menschen ist das Selbstvertrauen wahrscheinlich häufig noch sehr labil, und die Jugendberatung muß hier stabilisierend eingreifen und muß auch Idealnormen und Erziehungsziele ansprechen. Ob aber die impliziten Erziehungsziele der Therapeutenregel der "psychischen Funktionsfähigkeit des Psychotherapeuten" für Jugendliche hinreichende Hilfen bei der Erarbeitung von Zielen einer beginnenden Selbsterziehung leistet, muß ernsthaft in Zweifel gezogen werden. Angemessenheit, Effektivität, seelisch gesundes Funktionieren, Fähigkeit zur Konfliktlösung sind zwar bedeutungsschwere Zielbegriffe der (Selbst-) Erziehung der eigenen Persönlichkeit, aber durch konkrete Verhaltensweisen schwerlich zu beschreiben.

3.5 Selbstbewußtsein oder "Kommunikation über das Selbst"

Die Prozeßskala (4) der ROGERS-Schule postuliert einen seelischen Funktionsbereich, der "Kommunikation über das Selbst" genannt wird. Diese Selbst-Kommunikation wird durch die Charakterisierung der unteren Stufe der Prozeßskala ähnlich definiert wie die Selbstexploration und soll überwiegend die persönlichkeitsbedingten Gefühle oder Selbstwertgefühle enthalten.

Als Endzustand der Funktion der "Kommunikation über das Selbst" will die GPT ein ganz bestimmtes Niveau oder eine spezifische Qualität des Bewußtseins von der eigenen Person, dem Selbst (Selbstbewußtsein) erreichen:

"Das Selbst ist die subjektiv empfundene existentielle Gegenwart oder anders ausgedrückt die reflektive Bewußtheit des Prozesses des Erfahrens und Erlebens; es ist nicht ein wahrgenommenes Objekt, sondern etwas, was vertrauensvoll in einem Prozeß gespürt wird, nicht eine Struktur, die verteidigt wird, sondern die reiche und wechselnde Bewußtheit des internalen Erfahrens und Erlebens" (Rogers und Rablen 1958; zit. n. Tausch 1968, S. 259).

Die subjektive Repräsentation oder das Bewußtsein von der Eigenheit und Charakteristik der eigenen Person wird von

Psychoanalytikern als eine Entsprechung des Charakters angesehen, und der Charakter gehört zum Ich (vgl. Hoffmann 1975, S. 400 f.).

FREUD selbst betrachtete die Persönlichkeitsstruktur oder die verschiedenen Eigentümlichkeiten der Menschen aus der Perspektive des Psychopathologen. Anfangs konzentrierte er seine Aufmerksamkeit auf die Neurosenlehre mit den verschiedenen Arten von Symptomen und Symptomkomplexen. Erst nach 1920 entdeckten seine Schüler die Bedeutung der individuellen Besonderheiten der Menschen, aber sie beschränkten sich wie ihr Lehrer auf die Störungen oder Neurosen des Charakters und entwickelten unterschiedliche Ansätze zur Charakterneurose (vgl. einführend Seibt 1977).

Trotz unterschiedlicher Bezeichnungen und Klassifikationen der Charakterneurosen sind sowohl die mehr klassischen Psychoanalytiker wie ABRAHAM, FERENCZI und REICH als auch die verschiedenen "Häretiker" der ersten und zweiten Generation bei der grundlegenden Annahme FREUDs geblieben, daß der Charakter eines Menschen zu großen Teilen von der Eigenart und Entwicklung der (An-)Triebe abhängig ist.

Im Gegensatz zu diesen triebtheoretischen Persönlichkeits-theorien über pathologische Charakterentwicklungen hat die klassische deutsche und heute anscheinend auch international anerkannte Psychiatrie verschiedene Systeme krankhafter Charakterformen entwickelt, die sich an den typischen und hervortretenden Eigenschaften des abnormen Charakters orientieren. Auf eine zugrundeliegende Persönlichkeitstheorie oder Motivationstheorie wird weitgehend verzichtet.

Nach PETERS (1975, S. 358) gehören die Klassifikationen der Psychopathie von K. SCHNEIDER und E. KAHN zu den gebräuchlichsten deutschen Systemen (vgl. auch Huber 1974, S. 226 - 238).

In dem internationalen Diagnoseschlüssel psychiatrischer Krankheiten sind viele Bezeichnungen oder ähnliche Begriffe dieser

Systeme übernommen worden (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 53 - 80).

Die GPT als eine der wichtigsten Schulen der Psychotherapie und Beratung hat die "herrschenden" Klassifikationen der Persönlichkeitsstörungen von (Neo-)Psychoanalyse und Psychiatrie nicht übernommen und eine eigene Persönlichkeitstheorie entwickelt (vgl. Wild 1975, S. 61 - 71; Bommert 1977, S. 29 ff.).

Für die Methodik der GPT konnte diese klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie aber bis heute noch nicht in dem Sinne fruchtbar gemacht werden, daß eine differentielle Psychotherapie entwickelt worden wäre. Die technischen Empfehlungen für Klienten und Psychotherapeuten berücksichtigen nicht die persönlichkeitspsychologischen Besonderheiten beider Dialogpartner.

Mit der Prozeß-Skala (4) der Selbst-Kommunikation lassen sich auch keine differentiellen Gesichtspunkte in die Methodik der GPT einbringen, da mit Hilfe dieser Skala lediglich eine "eindimensionale" Erfassung der Quantität oder des Grades der Störung der Persönlichkeit des Klienten möglich ist. Die große Vielfalt der Varianten von normalen und pathologischen Persönlichkeits- oder Charakterstrukturen werden nicht berücksichtigt und nicht in das Kalkül der Auswahl einer optimalen Behandlungsmethode einbezogen.

Ob die zukünftige Entwicklung der Theorie und Praxis der GPT auch eine Klassifikation von normalen oder pathologischen Persönlichkeitsstrukturen ergeben wird, kann zur Zeit nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Durch die Herausarbeitung des Selbstkonzeptes und Selbstbewußtseins als zentralen Aspekt der relativen Konstanz der Eigenart von Menschen hat die GPT wahrscheinlich einen fruchtbaren neuen Gesichtspunkt in die Persönlichkeitspsychologie gebracht.

Die evtl. hinderliche Trennung der psychologischen Persön-

lichkeitstheorie, die sich überwiegend dem Charakter von normalen Menschen zuwendet und der psychiatrischen Charakterkunde oder Lehre von den "abnormen Persönlichkeiten" (Huber 1974) oder Psychopathen kann aber nur dann überwunden und für eine differentielle Psychotherapie und Beratung bedeutsam werden, wenn die Vielfalt sowohl der Persönlichkeitstheorien als auch der Krankheitslehren (Neurosenklassifikation) aufgehoben und überwunden werden. Da eine große Variabilität von Persönlichkeitseigenarten faktisch vorhanden ist und auch aus ethischen Überlegungen wünschenswert sein sollte, können diese vielen Besonderheiten der Menschen nur in einer Persönlichkeitstheorie aufgehoben werden, die auch offen für diese Vielfalt ist und keine starre Typologie enthält. Sofern ein Katalog von Persönlichkeitseigenschaften mit entsprechenden empirischen Meßinstrumenten entwickelt werden sollte, muß dieser aber auch die von den Typologien herausgearbeiteten Vorteile der prägnanten Darstellungsmöglichkeiten und der Praktikabilität in der Beratungspraxis aufgreifen, weil sonst evtl. nur sehr wenig Psychotherapeuten oder Berater mit diesem komplizierten Kategoriensystem umgehen können. Überwinden läßt sich somit die verwirrende Vielfalt der normal-psychologischen und der psychopathologischen Persönlichkeitstheorien nur durch ein variables System, das dogmatische Festlegungen auf spezielle Motivationstheorien vermeidet und die unpraktische Beliebigkeit einer subjektiv als endlos empfundenen Liste von Persönlichkeitseigenschaften aufhebt.

Für die Erfordernisse der Jugendberatung ist eine solche Persönlichkeitstheorie besonders notwendig, weil gerade Jugendliche in dieser Phase ihres Lebens eine evtl. kritische Haltung gegenüber ihrer eigenen Person entwickeln, die sie bisher als unveränderbar und von den Eltern und der Familie weitgehend geformt erlebt haben. Selbstverantwortlich auch die Erziehung der eigenen Persönlichkeit zu übernehmen, wünschen viele junge Menschen. Bei dieser Erarbeitung eines individuellen Selbstbewußtseins sollte die Ju-

genberatung behilflich sein. Die Betonung der Bedeutung von persönlichkeitsbedingten Gefühlen und von Erlebnissen des Selbst oder des Selbstkonzeptes durch die GPT kann bei der Neuformulierung einer Persönlichkeitstheorie von Nutzen sein.

3.6 Erfahrungskonstrukte: Kreatives Lernen

Die Prozeß-Skala (5) "Erfahrungskonstrukte" beschreibt die verschiedenen Ausprägungen oder Niveaustufen einer psychischen Funktion, die von der Bildung rigider Konstrukte bis zu vorsichtigen, vorläufigen Konstruktbildungen reichen (vgl. Tausch 1968, S. 255 - 259).

Die beiden extremen Ausprägungen dieser Funktion werden genauso wie die entsprechenden Skalenstufen der anderen Funktionsbereiche nur "eindimensional" aufgefaßt.

Eine negative Bildung von "Erfahrungskonstrukten" führt demnach zu rigiden Begriffen, Bedeutungen, Wertungen oder Sinngebungen in den verschiedenen Bereichen der anderen psychischen Funktionen, besonders bei Erkenntnis- und Wahrnehmungsprozessen; ferner sind das Denken und die Sprache betroffen sowie Lern- und Gedächtnisprozesse. In der Persönlichkeitsstruktur kann sich dieses Niveau der Erfahrungskonstrukte zur Persönlichkeitseigenschaft der Rigidität verfestigen.

Wegen dieser Vielzahl von Bedeutungen des Begriffes "Erfahrungskonstrukt" ist eine Verortung in einer der Einzelwissenschaften sehr schwer möglich. Als Psychologe scheint ROGERS mit diesem psychischen Funktionsbereich einen bestimmten Funktionstyp der Erkenntnistätigkeit des Menschen zu meinen, der von den frühen Vertretern der Denkpsychologie, K. DUNCKER und M. WERTHEIMER, produktives Denken genannt wurde. Später sprach man von Kreativität, schöpferischem Denken, Generativität (E.H. Erikson), Phantasie (S. Freud, bes. aber Melanie Klein) oder Produktivität. Anhand der Beschrei-

bung der obersten Skalenstufe des Funktionsbereiches "Erfahrungskonstrukte" scheint sich aber anzudeuten, daß ROGERS die normalen und nicht die psychopathologischen Varianten von Kreativität und Phantasie meint. Die Stufe VII wird so charakterisiert:

"Die im unmittelbar gegenwärtigen Erleben und Erfahren wahrgenommenen Bedeutungen werden als variabel empfunden, zum Teil miteinander verglichen und gleichsam an weiteren Erfahrungen getestet" (Tausch 1968, S. 259).

Will ROGERS hiermit eine vollständig subjektive Sinngebung von Wörtern, Begriffen und Konstrukten vorschlagen und die relativ verbindlichen Bedeutungen einer sozialen und für alle verständlichen Sprache über Bord werfen?

Die grundlegenden Aufgaben der kreativen Erkenntnistätigkeit des Menschen können wahrscheinlich durchaus überwiegend positiv beurteilt werden, weil hiermit das nicht-sprachliche Denken angesprochen wird, welches durch Bilder und bildhafte Vorstellungen vermittelt wird. Zusammen mit dem in Wörtern und Begriffen ablaufenden Denken machen beide Arten die Erkenntnisprozesse des Menschen aus.

Berücksichtigt man jedoch die wichtigsten Varianten der normalen und psychopathologischen Phantasie, so kommt man mit einer "eindimensionalen" Prozeß-Skala nicht aus. Wenn aber Kreativität oder Phantasie nicht nur unter dem Aspekt der zunehmenden Variabilität von "Erfahrungskonstrukten" oder Vorstellungen erfaßt werden können, dann reicht diese Prozeß-Skala auch nicht aus, die wichtigsten Arten von Lernprozessen dieser Erkenntnisfunktion zu beschreiben.

Die kreative Erkenntnisfunktion (oder "Erfahrungskonstrukte") hat (haben) die Aufgabe, alte Gedächtniselemente in neue Gedanken, Bilder oder Vorstellungen umzuwandeln, die von anderen als neuartig, originell oder ungewöhnlich empfunden werden. Da die verschiedensten psychischen Funktionen schöpferisch betätigt werden können, sind auch vielfältige Formen von psychopathologischer "Kreativität" oder Phantasie möglich.

Die bekanntesten Formen der Phantasietätigkeit sind (1.) die eigentlichen schöpferischen oder produktiven Leistungen aus den Bereichen der Wissenschaft, Kunst und des Alltagslebens; (2.) die Träume und leichten Verfälschungen von Wahrnehmungen, Erinnerungen und Gedanken, z.B. als Halluzinationen oder Illusionen, ferner Fabulieren und leichte Denkstörungen wie alogisches Denken (oder dereistisches Denken nach E. Bleuler), Zerfahrenheit, umständliches Denken usw.; (3.) die schweren Formen pathologischer Phantasie, die in der Schizophrenie auftreten, ferner als verschiedene Erlebnisformen von Wahn und wahnhaften Ideen (vgl. Peters 1974).

Auf eine genaue Klassifikation und Phänomenologie von Phantasietätigkeiten wollen wir hier verzichten und uns kurz den erzieherischen Möglichkeiten zur Beeinflussung dieser wichtigen Art der Erkenntnisfunktion des Menschen zuwenden. Die GPT hat keine spezifischen Methoden oder Techniken zur Aktivierung und Veränderung von Kreativität entwickelt. Eventuell ließe sich die Klientenregel der Selbstexploration als eine Aufforderung verstehen, die kreativen Erkenntnisfunktionen vermehrt einzusetzen, um zu neuen Einsichten über eigene psychische Probleme zu kommen.

Obwohl eine allgemein akzeptierte Definition von Kreativität nicht existiert, müssen wir für den Vergleich der Lernergebnisse der Technik der SE der GPT und kreativer Methoden solche Merkmale schöpferischer Betätigungen heranziehen, die wahrscheinlich allgemein als typisch für Kreativität angesehen werden.

Zur Messung von Kreativität hat BROWN (1967) verschiedene Kriterien oder "Variablen" formuliert, die wir als Vergleichsmaßstab benutzen wollen. Nach der Zusammenstellung von CLAUS u.a. (1976) werden zur Messung schöpferischer Leistungen Aufgaben herangezogen, die mehrere Lösungen zu-

lassen. Zur Messung werden hauptsächlich erfaßt:

- 1) die FLÜSSIGKEIT als Produktion möglichst vieler Assoziationen;
- 2) die FLEXIBILITÄT, die sich beim Ausdenken verschiedenartiger Verwendungszwecke für einen wohlvertrauten Gebrauchsgegenstand zeigt;
- 3) die ORIGINALITÄT als Seltenheit einer Antwort;
- 4) die SENSITIVITÄT FÜR PROBLEME, die beim Auffinden von Fehlern deutlich wird;
- 5) das NEU- ODER UMDEFINIEREN, das sich z.B. bei der Kombination zweier Gegenstände zu einem Gerät zeigt, das einem neuen Zweck dient und
- 6) die ELABORATION, für die die Ausarbeitung von Einzelheiten zu einem Plan ein Maß ist" (Clauß u.a. 1976, S. 465).

Diese sechs Kriterien schöpferischer Tätigkeiten lassen sich ohne große Mühe auch an die verschiedenen Variablen der Selbstexploration anlegen. Falls die einzelnen Unterskalen dieser Klientenregel nicht ausreichen, sollen auch die verschiedenen Empfehlungen an die Therapeuten herangezogen werden, besonders die Variable VEE.

Die verbalen Tätigkeiten eines Klienten in der GPT werden hiermit als kreative Leistungen aufgefaßt, wobei der Psychotherapeut evtl. als ein nachzueiferndes Modell in besonderem Maße seine schöpferischen Erkenntnisfunktionen einsetzen sollte.

(1.) Das erste Kriterium für Kreativität war eine FLÜSSIGKEIT der Assoziationen. Durch die Unterskala "Unspontaneität des Sprechens" der SE (Schwartz 1975) wird der Klient zu einer flüssigen Redeweise angehalten; er soll ohne Stimulierung des Psychotherapeuten möglichst viel von sich aus reden (vgl. Bommert 1977, S. 90).

Von den Therapeutenempfehlungen können "Häufigkeit des Wechsels im Gespräch" (vgl. Minsel 1974, S. 73, 75) und die dritte Unterskala der Variablen VEE, "Häufigkeit des Ansprechens von Gefühlen des Klienten durch den Psychotherapeuten" (Schwartz 1975), für Flüssigkeit der Assoziationen des Klienten

in der GPT sorgen. Auch die folgenden Therapeutenregeln lassen sich hier anführen:

- "Bemühen, Aktivität, Suchen, Nachdenken, Sich-Anstrengen des GP./Th." (GP. = Gesprächspartner, Th. = Psychotherapeut; Minsel 1974, S. 75; vgl. auch Tausch 1973, S. 301 ff.).
- Pausen oder Schweigen (vgl. Minsel 1974, S. 53, 73; Weber 1974, S. 139 ff.).

(2.) Die FLEXIBILITÄT eines kreativen Sprachverhaltens spricht explizit die Unterskala (2) von VEE an, sie heißt nach SCHWARTZ (1975) "Flexibilität im Sprachverhalten" und empfiehlt dem Psychotherapeuten, Wiederholungen zu vermeiden und abwechslungsreich, geschickt zu formulieren (vgl. Bommert 1977, S. 74).

Auch die VEE-Variable (7) "Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten" (Schwartz 1975) und mehrere andere Therapeutenregeln liefern Vorschläge für eine flexible Sprache des Psychotherapeuten:

- "Anpassung des Sprachniveaus" (Weber 1974, S. 109 ff.);
- "Annäherung im Anspruchsniveau" (Weber 1974, S. 113 ff.);
- "Bildhaftigkeit des psychotherapeutischen Ausdrucks" nach RICE (1965) (vgl. Minsel 1976, S. 173);
- Erfahrung des Therapeuten (vgl. Tausch 1968, S. 163 ff.; Bommert 1977, S. 134 f.; Schild 1975, S. 135);
- "Erwartungshaltungen von Psychotherapeuten gegenüber Klienten" (Tausch 1973, S. 303); eine unflexible Sprache ergibt sich wahrscheinlich bei sehr spezifischen oder starren Erwartungen;
- Interpretationstiefe oder Reflexionstiefe (vgl. Minsel 1974, S. 74);
- "Zurückgehen des Psychotherapeuten" (Tausch 1973, S. 297).

Der Klient wird vor allem durch die Skalen 1, 2 und 6 des Merkmalsbereiches der Selbstexploration zu einer flexiblen Sprechweise angehalten. Seine Wortwahl sollte demnach differenziert und konkret sein (SE 1), er soll sich intensiv mit

sich selbst auseinandersetzen und sich um neue und treffendere Formulierungen bemühen (SE 2); ferner fördert eine "Akzeptierung eigener Gefühle" (SE 6 nach Schwartz 1975) ein flexibles Eingehen des Klienten auf die Äußerungen des Therapeuten (vgl. Bommert 1977, S. 91).

(3.) Die Selbstexploration des Klienten wird wahrscheinlich besonders ORIGINELL sein und seltene Formulierungen enthalten, wenn die "Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst" (SE 2: Schwartz 1975) relativ hoch ist, wobei der Klient die Psychotherapeutenäußerungen aufgreifen und sich um neue, treffendere Formulierungen bemühen sollte, die seine Überlegungen korrigieren, erweitern oder einschränken können (vgl. Bommert 1977, S. 89).

Der Psychotherapeut seinerseits kann die Originalität der kreativen Erkenntnisfunktion des Klienten dadurch unterstützen, daß er sich nicht zu eng an die unmittelbaren Äußerungen des Klienten hält und zusätzliche Aspekte einbringt, die der Klient angedeutet hat ("Weitergehen des Psychotherapeuten" als VEE 1 nach Schwartz 1975). Auch durch "sogenanntes Anbieten von gefühlsmäßigen Erlebnisinhalten" bzw. "Verbalisierung von Gefühlsinhalten, die der Klient nicht äußerte" (Tausch 1973, S. 298), lassen sich originelle Selbstexplorationen erreichen.

(4.) Ein NEU- ODER UMDEFINIEREN von Erlebnissen und Bedeutungen versucht die GPT u.a. dadurch zu erreichen, daß sie den Klienten dazu anleitet, eine hohe "Intensität der Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst" (SE 2: Schwartz 1975) zu erreichen, die sich dadurch auszeichnet, daß der Klient sich um neue, treffendere Formulierungen bemüht (vgl. Bommert 1977, S. 89).

Die Therapeutenregel VEE (1) "Weitergehen des Psychotherapeuten" begünstigt wahrscheinlich ebenfalls kognitive Umstrukturierungen beim Klienten, da der Therapeut den Assoziationsrahmen des Klienten zu erweitern und seine Gedanken fortzusetzen versucht (vgl. Bommert 1977, S. 74).

Die Variablen "persuasive Potenz oder Erwecken von Vertrauen und Hoffnung" (Minsel 1974, S. 74), von SCHWARTZ (1975b, S. 119) kurz "Überzeugungskraft" genannt, sowie "konfrontierende Äußerungen des Psychotherapeuten" (Tausch 1973, S. 298; bzw. nach Schild 1975, S. 136: Konfrontation) bewirken vermutlich auch ein Neu- oder Undefinieren von Erlebnissen des Klienten.

(5.) Eine kreative Tätigkeit soll sich nach BROWN (1967) auch durch ELABORATION auszeichnen, womit vor allem die Güte der Ausarbeitung von Einzelheiten zu einem Plan gemeint ist.

Dieses Kriterium scheint für die Beurteilung der Methodik der GPT und der gesamten Konzeption oder Theorie dieser Schule der Psychotherapie nicht geeignet zu sein. Die GPT will sich von der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gerade dadurch positiv unterscheiden, daß sie auf direkte Eingriffe und Lenkung des Klienten insofern verzichtet, als keine Ratschläge, Verhaltensvorschriften und triebtheoretische Konzepte verbindlich gesetzt werden.

Eine Planung des Verlaufes der GPT besteht allein darin, daß der Klient darüber belehrt wird, eine Strukturierung oder Planung vom Psychotherapeuten NICHT zu erwarten.

Die Erläuterungen zur Skala (2) der Selbstexploration nach SCHWARTZ (1975) instruieren den Klienten, sich intensiv mit sich selbst auseinanderzusetzen und keine konkreten Reaktionen, Hinweise oder Ratschläge zu erwarten (vgl. Bommert 1977, S. 89).

Durch die Therapeutenregel VEE (8) wird der Therapeut dazu angehalten, sowohl die positiven als auch die negativen Gefühle des Klienten ohne Abschwächungen deutlich anzusprechen. Hierdurch könnte dem Klienten dabei geholfen werden, eine elaborierte Konzeption seiner Gefühle zu entwickeln, die detailliert die große Vielfalt der emotionalen Reaktionsmöglichkeiten widerspiegelt. Eine präzise Ausarbeitung eines Planes zur Veränderung unerwünschter Motivationen wird hiermit

zwar unterstützt, aber nicht explizit geleistet.

(6.) Als letztes Kriterium der Beurteilung des Ausmaßes von Kreativität des Dialoges innerhalb der GPT wollen wir die SENSITIVITÄT für Probleme ansprechen.

Innerhalb des methodischen (und theoretischen) Rahmens der GPT erhält der Begriff Sensitivität eine ganz spezifische und vielschichtige Bedeutung. Beschränken wir uns wiederum auf wichtige technische Empfehlungen für den Klienten und Therapeuten, dann könnte hiermit gemeint sein, daß die Gesprächspartner sensitiv sein sollten für die Anregungen der Klientenregeln:

- 1.) Gefühle und gefühlsmäßige Stellungnahmen, Ziele, Wünsche und Selbstbilder, Fremdbilder (einschließlich entsprechender Diskrepanzen) (vgl. SE 3 nach Schwartz, 1975);
- 2.) spezifische und konkrete Begriffe von Gefühlen, statt allgemeinen (vgl. SE 1 und VEE 7 nach Schwartz 1975);
- 3.) abwehrende Haltungen oder Verteidigungsmechanismen gegenüber positiven oder negativen Gefühlen (vgl. SE 6 nach Schwartz 1975).

Ferner sollten beide die Empfehlungen der verschiedensten Therapeutenregeln aufgreifen, indem sie sensitiv sind für:

- 4.) die wesentlichen Gefühle des Klienten (VEE 4: Schwartz 1975) sowie für:
- 5.) die Ödipus-Situation oder wichtige Personen wie Eltern bzw. Mutter, Vater, Kinder und die vielfach von ihnen übernommene Moral, das Gewissen (Therapeutenregel nach TAUSCH (1973, S. 289, 297): "Achten auf ätiologisch wichtige Personen");
- 6.) "Hinweise des Klienten auf Quellen von Bedrohung, Angst oder Selbstmordabsichten" (Minsel 1974, S. 74);

- 7.) "Erlebnisinhalte des Klienten, die in engem Zusammenhang mit seinen seelischen Beeinträchtigungen sowie seiner Ängstlichkeit stehen" (Tausch 1973, S. 298), die Probleme und Symptomatik, Beschwerden des Klienten;
- 8.) Diskrepanzen zwischen dem Selbstbild und dem Idealselbstbild (oder dem realen Selbst und idealen Selbst), zwischen (bewußtem) verbalem Ausdruck des Klienten und seinem beobachtbaren-berichteten Verhalten, Diskrepanzen zwischen dem geäußerten Selbstbild und dem Fremdbild bzw. der Fremdbeurteilung durch den Psychotherapeuten (Therapeutenregel der Konfrontation oder "konfrontierende(n) Äußerungen des Psychotherapeuten" (Tausch 1973, S. 298 f.));
- 9.) Unterschiede zwischen Einstellungen und Vertrauen, Hoffnung von Klient und Psychotherapeut (Therapeutenregel der "persuasiven Potenz oder Erwecken von Vertrauen und Hoffnung", Minsel (1974, S. 74); nach Schwartz (1975b, S. 119): Überzeugungskraft);
- 10.) eigenständige Wertungen und Gefühle des Psychotherapeuten, wobei negative Gefühle konstruktiv zur Klärung der therapeutischen Beziehung eingesetzt werden sollten (vgl. Schild (1975b, S. 136): "Selbsteinbringen des Therapeuten"; Tausch 1968, S. 161 f.);
- 11.) die therapeutische Beziehung störende Gefühle und Gedanken des Psychotherapeuten (Gegenübertragung), ("Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle": Weber 1974, S. 38 ff.);
- 12.) Gefühle und Erlebnisse der Übertragung (Minsel 1974, S. 73);
- 13.) die Eigenverantwortlichkeit der Klienten und die Verantwortung des Therapeuten (vgl. Tausch 1973, S. 302);
- 14.) die Widerstände des Klienten gegen die Verbalisierungen des Psychotherapeuten (vgl. Minsel 1974, S. 73).

3.7 Beziehung zu Problemen: Willenserziehung zur Verantwortung und moralisches Lernen

Die Zusammenstellung von einzelnen psychischen Funktionsbereichen zur Prozeß-Skala enthält auch eine Skala, die "Beziehung zu Problemen" genannt wurde. Sehen wir wiederum von der etwas ungewöhnlichen Bezeichnung dieser seelischen Funktion ab, so entdecken wir hinter diesem Namen die volitiven und moralischen Funktionen des Menschen, eine individuelle Beziehung zu eigenen Schwierigkeiten und Problemen aufzubauen.

Die Skala "Beziehung zu Problemen" oder kurz Problembezug erlaubt die Beschreibung bestimmter Aspekte des Willens und der Willenserziehung sowie der Charakterisierung der moralischen Funktion des Gewissens.

Die negative Ausprägung des Problembezuges wird von ROGERS u.a. durch eine Aufzählung verschiedener phänomenal gegebener Erlebnisse und Eigenschaften charakterisiert, die sich auf volitive und moralische, sittliche Bewußtseinsvorgänge beziehen. Trotz dieser Vermengung von Aussagen zur Phänomenologie des Willens und der Moral in den Charakterisierungen der einzelnen Stufen der Skala "Beziehung zu Problemen" werden wir versuchen, beides auseinanderzuhalten.

In der amerikanischen Tradition der Psychologie mögen die volitiven und moralischen Aspekte menschlicher Tätigkeiten mit ihren Eigenständigkeiten in Vergessenheit geraten sein; die europäische Psychologie dagegen hat die Kategorien Willen und Moral nur selten aufgegeben (vgl. z.B. Oerter 1969, S. 162 - 178).

Nach ROGERS u.a. sei der Zustand eines Klienten zu Beginn der Psychotherapie dadurch gekennzeichnet, daß er seine Probleme nicht erkenne und die Ursachen nicht bei sich selbst suche. Am Ende einer GPT solle der Klient die Verantwortung für seine Probleme selbst übernehmen (vgl. Tausch 1968, S. 256 f., 259).

Das Bewußtsein von der Notwendigkeit der Übernahme von Verantwortung für eigenes Erleben, Verhalten und Handeln wird als ein wichtiges Erziehungsziel der Erziehung des Willens angesehen. Obwohl in der neueren Erziehungswissenschaft eine Willenserziehung als Problem nicht mehr zu existieren scheint, gleiches gilt für volitive Lernprozesse innerhalb der Psychologie, ist doch das Verständnis für die Erziehung derjenigen seelischen Funktionen, die unser Handeln steuern, nicht gänzlich verlorengegangen. Mit dem obsolet erscheinenden Begriff der Selbsterziehung versuchten die älteren Vertreter der Jugendtheorie oder Jugendforschung die Erziehung der steuernden Funktionen zu erfassen.

Die psychoanalytische Jugendtheorie und Erziehungswissenschaft hat den Willen und seine Entwicklung als Kontrollinstanz der Ich-Funktionen aufgefaßt. Innerhalb der Methodik (und Theorie) der PA konnte somit eine spezielle Technik zur Beeinflussung des Willens nicht entwickelt werden. Hingegen haben die Neo-Psychoanalyse der SCHULTZ-HENCKE-Schule und von Annemarie DÜHRSEN in dem Begriff der Steuerungsfähigkeit Bedeutungselemente des Willensbegriffes explizit aufgegriffen. In der verhaltenstherapeutischen Technik der Selbstkontrolle werden die volitiven Funktionen gezielt therapeutisch angegangen.

Die GPT hat in ihren theoretischen Konzepten ebenfalls begriffliche Instrumente entwickelt, womit bestimmte Aspekte der volitiven Funktion erfaßt werden können.

Mit der Postulierung der Motivationskategorie einer angeborenen Tendenz zur Selbstverwirklichung werden die motivierenden Aufgaben des Willens in konflikthaften Entscheidungssituationen angesprochen. Aber das wesentliche phänomenale Moment einer willentlichen Entscheidung und Handlung wird mit diesem motivationstheoretischen Paradigma nicht erfaßt. Die Besonderheit der Willenshandlung besteht ja gerade in dem Erlebnis der "Willensfreiheit", d.h. dem subjektiven Gefühl, nicht der Kontrolle anderer zu unterstehen, sondern in eigener

Verantwortung sich frei für bestimmte Handlungen entscheiden zu können. Innerhalb einer GPT könnte ein Therapeut einen Klienten zwar darüber belehren, daß jeder Mensch einen Antrieb zur Selbstverwirklichung habe, wodurch die Entscheidung zur Auswahl einer Handlung, die den eigenen Vorstellungen, Zielen und Wünschen mehr entspricht, erleichtert werde. Wegen der weiterhin gültigen Empfehlung der Methodik der GPT, sich nicht-direktiv zu verhalten, könnte aber auch der Psychotherapeut oder Berater in Entscheidungsschwierigkeiten kommen, einen Klienten innerhalb der Psychotherapie über angeborene Motivationen zu belehren.

Die wichtigen Vorschriften zur "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" nach der revidierten Schätzskala von TAUSCH u.a. (1967 bzw. 1968, S. 82, 84) verbieten nämlich dem Therapeuten, den Klienten zu belehren und zu ermahnen. Wahrscheinlich gilt diese Empfehlung aber nicht für die theoretischen und praktischen Konzepte und Handlungsanweisungen der GPT selbst. Nur bei Tolerierung einer vergleichenden Perspektive der Methodiken von Psychotherapie und Beratung lassen sich die Widersprüche und Unzulänglichkeiten der einzelnen Schulen der Psychotherapie herausheben.

Als zweiten Aspekt der Skala "Beziehung zu Problemen" hatten wir die Berücksichtigung von moralischen Fragen erwähnt. Mit den Charakterisierungen der extremen negativen und positiven Ausprägung des Problembezuges eines Klienten werden gleichzeitig zwei verschiedene Arten von Moralauffassungen angesprochen. Nach den Ergebnissen der neueren Forschungen zur Entwicklungspsychologie der Moral oder der moralischen Gesinnungen (Oerter 1969, S. 277 ff.) lassen sich verschiedene Stufenkonzepte der Moralentwicklung unterscheiden.

PIAGET (1954) unterscheidet zwischen einem "heteronomen Stadium" der von außen gesetzten moralischen Vorschriften und dem "autonomen Stadium", in dem die Wertbegriffe der Gleichheit und schließlich der Billigkeit vorherrschen (vgl. Oerter, S. 245 und 277 f.).

Ein sehr viel differenzierteres Stufenkonzept hat z.B. KOHLBERG (1963) entwickelt, der sechs verschiedene Stufen unterschied. Ein niedriges moralisches Niveau weise eine Orientierung an Strafe und Gehorsam auf; die höheren Stufen seien autoritätsgestützte Moral bis zum reifen Stadium der Moral der individuellen Gewissensgrundsätze (vgl. Oerter 1969, S. 279).

Der Prozeß-Skala des Problembezuges von ROGERS scheint auch ein Stufenmodell moralischen Lernens zugrundezuliegen, das den obigen Modellen sehr ähnlich ist. Wie nützlich diese Konzeption von verschiedenen hohen und wertvollen Niveaus der Moralentwicklung für die Diagnostik in der Psychologie, Psychiatrie und Sozialpädagogik sein mag, wollen wir hier nicht untersuchen, sondern uns auf den technischen Aspekt der Moralerziehung beschränken, welche Mittel speziell die GPT zur Veränderung und Höherentwicklung der Moral zur Verfügung stellen kann.

Von den technischen Empfehlungen der Methodik der GPT berühren vor allem die Therapeutenvariable "Echtheit und Selbstkongruenz" und zwei Unterskalen der Klientenregel der Selbstexploration moralische Gefühle und Probleme.

Die E/S-Therapeutenregel verbietet dem Berater, bewußt unwahre Aussagen zu machen, zu lügen, und empfiehlt ihm, ehrlich und wahrhaftig zu sein - so scheint diese Empfehlung jedenfalls auf den ersten Blick gemeint zu sein.

Das Einzelmerkmal "Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung" (Schwartz 1975) der Variablengruppe VEE unterstreicht noch einmal die Verpflichtung für den Psychotherapeuten, die wesentlichen Gefühle des Klienten wahrheitsgemäß auszusprechen.

Daß die Gefühle des Klienten jedoch nicht widerspruchsfrei sprachlich ausgedrückt werden können, zeigt sich an der Unterskala SE (6), die eine Abwehr von Gefühlen mißbilligt und

eine "Akzeptierung eigener Gefühle" (Schwartz 1975) verlangt, womit jedoch nur der Klient mit seinen Gefühlen gemeint ist.

Wenn wir dagegen annehmen, daß beide Gesprächspartner mehr oder weniger differenzierte und starke Mechanismen zur Abwehr ihrer Gefühle entwickelt haben, dann wird ein zweiter bisher verborgener Bedeutungsaspekt von Echtheit, Ehrlichkeit und Wahrheitsliebe innerhalb der GPT sichtbar. Die negativen Gegenstücke dieser Begriffe, nämlich vor allem Lüge, Wahrheitsfanatismus und Sarkasmus, lassen einiges von diesen doppelseitigen Bedeutungen der Verpflichtung zur Wahrheit durchscheinen.

Die Methodik der GPT löst die Widersprüche der moralischen Verpflichtung zur Echtheit, Ehrlichkeit und Wahrheit innerhalb der Psychotherapie durch unterschiedliche Verpflichtungen und Regeln für Psychotherapeut und Klient, die vordergründig Gleiches meinen, aber für den Psychotherapeuten besondere Vorrechte reservieren.

Die moralische Verpflichtung des Klienten zur Ehrlichkeit wird eindeutig als widersprüchliche Verhaltensaufforderung erkannt, denn die Abwehrregel (SE 6) berücksichtigt diejenigen Situationen, in der ein Klient der Aufforderung zur Ehrlichkeit nicht nachkommt bzw. nicht nachkommen kann (oder will?). Diesen doppelten Verhaltensmöglichkeiten des Klienten scheinen ethische Prinzipien zugrundezuliegen, die wir hier kurz mit der Chiffre einer "krankhaften und autoritätsgestützten Moral" bezeichnen wollen (vgl. Kohlberg 1963; bzw. Oerter 1969, S. 279). Der Klient soll für seine Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden können und der Autorität des Therapeuten vertrauen, seine Einwände oder Widerstände, Abwehr gegen die Verbalisierungen seiner "eigentlichen" Gefühle abzubauen.

Dem Psychotherapeuten dagegen werden zwei verschiedene Auf-

fassungen von Moral zugestanden. Erstens beinhaltet seine professionelle Rolle als Psychotherapeut den reziproken Status innerhalb der "krankhaften und autoritätsgestützten Moral", zweitens nimmt er als gesunder und voll-funktionsfähiger Mensch für sich wahrscheinlich die oberste Niveaustufe der autonomen "Moral der individuellen Gewissensgrundsätze" (Kohlberg 1963) in Anspruch.

Wegen dieser "doppelten Moral" erhalten für den Psychotherapeuten die Begriffe der Echtheit, Ehrlichkeit und Wahrheitsliebe jeweils verschiedene Bedeutungen. Sein Verhalten gegenüber dem Klienten wird somit durch zwei verschiedene Moralauffassungen gesteuert:

Erstens muß sich der Psychotherapeut als Autorität verhalten, die über die wirklichen Gefühle und Motivationen des von ihm abhängigen Klienten besser urteilen kann als der Klient selbst, er braucht nur die Therapeutenempfehlung über die "Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerung" (nämlich VEE (4) nach Schwartz 1975) einzuhalten und gegebenenfalls seine "Überzeugungskraft" (Truax u. a. 1968) oder "persuasive Potenz oder Erwecken von Vertrauen und Hoffnung" (Minsel 1974, S. 74) zur Veränderung der Ansichten und Einstellungen des Klienten einzusetzen, ansonsten muß er für den Klienten ehrlich und echt erscheinen;

zweitens sollte der Psychotherapeut für den Klienten ein Modell oder Vorbild für einen reifen und moralisch hochstehenden Menschen abgeben, der für seine Handlungen die volle Verantwortung übernimmt und sich nach der Moral seines individuellen Gewissens ausrichtet, ohne von Autoritäten abhängig zu sein.

Nach diesen beiden Auffassungen von Moral kann der Psychotherapeut nach eigenem Gewissen sein therapeutisches Verhalten ausrichten. Oberste Maxime bleibt aber wahrscheinlich die Empfehlung zur Echtheit, die jedoch lediglich

beim Klienten einen entsprechenden Eindruck hinterlassen soll.

Ob der Psychotherapeut oder Berater diese doppelte Moral auch seinem evtl. jugendlichen Klienten explizit verständlich machen soll und kann, läßt die Methodik (und Theorie) der GPT offen.

ÜBERLEITUNG: Andere Schulen der Psychotherapie für nicht-motivationale Lernprozesse

Neben den überwiegend verbal arbeitenden Techniken der Psychotherapie, die wir bisher vergleichend vorgestellt haben, gibt es eine Vielzahl anderer Schulen, die den Anspruch zu erfüllen suchen, auch über die anderen Kommunikationskanäle des Menschen, die zum Ausdruck von Problemen benutzt werden können, psychotherapeutische Veränderungen herbeizuführen.

Neben der Sprache scheint der bedeutendste Kommunikationskanal des Menschen seine Handlungen zu sein. Daneben kann der Körper oder die biologische Ausstattung als Medium des Ausdrucks menschlicher Probleme benutzt werden. Auch durch die Art der Aufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen lassen sich psychische Störungen ausdrücken.

Die verschiedenen Schulen der Beratung und Psychotherapie greifen oft eine einzige dieser Äußerungsformen menschlicher Probleme auf, um heilend oder helfend tätig zu werden.

Die Psychiatrie glaubt(e), sich auf die somatischen Aspekte der psychischen Probleme beschränken zu können, wenn sie Psychopharmaka oder die anderen meist älteren Methoden der Somatotherapie (Peters 1974, S. 419) einsetzt, vor allem die präfrontale Leukotomie und die Elektrokonvulsionsbehandlung. Meist fordert sie aber eine mehrdimensionale Therapie, so sollte z.B. ein Jugendpsychiater heil- und sonder-

pädagogische Behandlungen, Pharmakotherapie und andere somatische Behandlungen sowie Psychotherapie, einschließlich Verhaltenstherapie, anwenden (vgl. Harbauer 1975, S. 36).

Da sich psychische Probleme häufig auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken (Objektbeziehungen oder Personenbeziehungen bzw. "Beziehung zu Personen"), kann auch über die Beeinflussung des Milieus oder der Kleingruppen, besonders der Familie, eine günstige Veränderung versucht werden.

In der Psychiatrie hat sich hierfür der Name Soziotherapie, Milieuthherapie oder in den letzten Jahren Familientherapie eingebürgert. Auch die verschiedenen anderen helfenden Berufe des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste greifen in die psychosozialen Beziehungen von Jugendlichen ein, um psychische Beeinträchtigungen auszugleichen.

Neben der direkten Veränderung der Beziehungen junger Menschen zu ihren engsten Bezugspersonen, nämlich Eltern und Geschwistern, lassen sich auch durch eine Beeinflussung der Beziehung Jugendlicher zu Gleichaltrigen, sog. peers oder Cliques, Banden, Freundeskreise, aber auch Schulklassen psychotherapeutische Erfolge erzielen.

Die bekannteste Therapieform zur Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen ist die Gruppendynamik. Junge Menschen werden in den verschiedenen Institutionen der psychosozialen Dienste, der Jugendhilfe und in der Schule mit großer Wahrscheinlichkeit auf solche Helfer oder Fachkräfte verschiedenster Art treffen, die aufgrund ihres Wissens oder einer Schulung in der Gruppendynamik die psychosozialen Probleme Jugendlicher zu beheben suchen.

Bestimmte Problembereiche sind wahrscheinlich durchaus durch erzieherische Beeinflussung der Beziehung eines gestörten Menschen zu seinen Mitmenschen positiv veränderbar.

Auch die GPT hat die Bedeutung der "Beziehung zu Personen" für die optimale Funktionsfähigkeit erkannt, aber keine

differenzierte Methodik zur Bearbeitung der verschiedenen Arten von Beziehungsproblemen in Familie, Schule, Arbeitswelt und größeren Gruppen entwickelt. Die Standardtechnik des "Dreier-Kanons" der W-, VEE- und E/S-Variablen wird als optimales Basisverhalten für alle Situationen empfohlen, ergänzt durch die vielen Spezialtechniken der "neuentdeckten" anderen Variablen, die bisher als eine beliebig erweiterbare "Checkliste" dargestellt werden können (s. oben S. 360 ff.).

Einige Gesprächstherapeuten (vgl. Speierer 1975, Plog 1975) halten somit die ursprüngliche für die Einzelbehandlung entwickelte Methode von ROGERS auch für eine Methode der Gruppenpsychotherapie. In seinen neuen Veröffentlichungen über Gruppenberatung und Partnertherapie versucht ROGERS (1970/1974, 1972/1975), den Beweis für seine Behauptung der Übertragbarkeit der Technik der GPT auf die Behandlung von Gruppen anzutreten, ohne seine eigene Methode grundlegend dieser neuen Behandlungssituation anzupassen.

Den gleichen Fehler der fehlenden Berücksichtigung des spezifisch Neuen der Gruppensituation gegenüber der Einzelbehandlung begehen auch die Psychoanalytiker, wenn sie eine psychoanalytische Gruppenpsychotherapie konzipieren, die lediglich eine Vervielfältigung der Deutungen gegenüber mehreren Analysanden beinhalten (vgl. Junker 1976). Der größte Teil der Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten scheint aber die Grenzen der FREUDschen Motivations- oder Trieblehre erkannt zu haben, wenn zwischenmenschliche Beziehungen verändert werden sollen. Sie nehmen deshalb theoretische Anleihen von anderen Schulen der Psychologie auf, vor allem von der psychologischen Feldtheorie LEWINs und der Gestaltpsychologie.

Eine spezielle Interpretation zwischenmenschlicher Beziehungen liefert die Kommunikationstheorie der Palo-Alto-Schule von WATZLAWICK u.a., da sie mit dem Begriff der Kommunikation die psychosozialen Beziehungen zu beschreiben sucht.

Diese Schule der Psychologie und Psychotherapie hat mit ihrer Kommunikationstheorie ein neues Element in die Beratungswissenschaften eingebracht, welches aus den Sprachwissenschaften und der Kybernetik entnommen ist. Wir wollen auf diese neue psychologische Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen aber nicht genauer eingehen, weil sonst unser roter Faden der Hervorhebung neuer begrifflicher Werkzeuge für die Psychotherapie und Beratung verlorengehen könnte. Diese abschließenden Bemerkungen können nur bedeutungsvolle Theorien aufzählen, die für eine noch zu entwickelnde sozialpädagogische Konzeption von Jugendberatung relevant sind.

Die psychologische Kategorie der zwischenmenschlichen Beziehung wurde von der Gruppendynamik und der Kommunikationstheorie der Palo-Alto-Schule als neues Instrumentarium erkannt, wodurch die älteren Methoden der psychoanalytischen und klientenzentrierten Gesprächsbehandlungen ein gänzlich neues "Gesicht" erhalten, sofern deren grundlegende Begriffe im Kontext dieser neuen Theorien der zwischenmenschlichen Beziehungen interpretiert werden.

Als weiteres neues Theorieelement der Psychologie hatten wir den Begriff der Handlung erwähnt. Einige, oft ältere Theoretiker sprechen von Verhalten oder Reaktion, nämlich die Behavioristen, andere dagegen unterscheiden zwischen den Begriffen Verhalten und Handeln/Handlung.

Für die heutigen Schulen der Beratung und Psychotherapie scheint aber bisher hauptsächlich der Verhaltensbegriff als Leitkategorie für die neue Richtung der Verhaltenstherapie wirksam gewesen zu sein. Eine "Handlungstherapie" wurde bisher nicht entwickelt.

Zum Abschluß unserer vergleichenden Darstellung der Techniken der Psychotherapie und Beratung von Jugendlichen wollen wir auf die Methoden der Verhaltenstherapie eingehen.

Die Verhaltenstherapie behandelt u.a. genauso wie die (Neo-) Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie auch motivationale Lernprozesse, darüber hinaus berücksichtigt sie aber einen gänzlich anderen Aspekt psychischer Probleme und Konflikte, nämlich den lerntheoretisch interpretierten Verhaltensaspekt. Gerade für die sozialpädagogische Jugendberatung erscheint uns der Aspekt des Erwerbs und Veränderns von Erlebens- und Verhaltensweisen wichtig, da der jugendliche Klient im Verlauf der Jugendberatung bestimmte Lernprozesse absolvieren muß, die von den bisher vorgestellten Schulen der Psychotherapie nicht ausreichend reflektiert werden. Sowohl die (Neo-)PA als auch die GPT beschränken sich im wesentlichen auf die motivationalen Aspekte von Lern- und Verhaltensstörungen, wodurch jedoch die Problemvielfalt der Konflikte und Schwierigkeiten Jugendlicher nicht hinreichend erfaßt werden kann.

4. Die Techniken der Verhaltenstherapie für die sozialpädagogische Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie

Die Verhaltenstherapie (im folgenden abgekürzt: VT) hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer gewichtigen Fraktion innerhalb der Vielzahl von Schulen der Beratung/ Psychotherapie entwickelt. Da sie eine eigene Methodologie und Fachsprache benützt, konnte die VT mit einem scheinbar gänzlich neuen Instrumentarium an die Lösung psychischer Probleme herangehen.

Wir werden hier die These vertreten, daß die Verhaltenstherapie (VT) zwar einen neuen Aspekt psychischer Probleme erkannt hat, nämlich den lernpsychologisch interpretierten Verhaltens- oder Handlungsaspekt. Aber wegen der Tendenz zur dogmatischen Abschirmung ihrer eigenen Methodologie konnte sie jedoch nur ein neues "Gewand" für alte Probleme zur Verfügung stellen.

Als zweite These versuchen wir zu belegen, daß die von den Verhaltenstherapeuten benutzten Lerntheorien nicht zwingend ausschließlich zur Erklärung der Wirkungsmechanismen und Techniken der VT herangezogen werden können, sondern für alle anderen Schulen der Psychotherapie in gleicher Weise: die (neo-)psychoanalytische Gesprächsbehandlung läßt sich lernpsychologisch erklären, genauso gut die Gesprächspsychotherapie und die vielen anderen Schulen der Psychotherapie, die hier aufgezählt wurden, angefangen von den gruppendynamischen oder feldtheoretischen Gruppenpsychotherapien, über Gestalttherapie, Kommunikationstherapie der Palo-Alto-Schule, bis zur Urschrei-Therapie nach JANOV usw. An entsprechenden Stellen unserer Darstellung einzelner Schulen der Psychotherapie/Beratung hatten wir auch lerntheoretische Interpretationen versucht.

Für die Beratungswissenschaft und Jugendlichenpsychotherapie liefert die VT einen Erklärungsrahmen für die Genese und Veränderung psychischer Störungen, der den Mechanismus

des Lernens oder Erwerbs und des Umlernens von störenden (und sogenannten normalen) Verhaltens- und Erlebnisweisen umfaßt. Die verhaltenstherapeutisch bedeutsame Lernpsychologie hat mehrere Lerngesetze entdeckt, die jedoch gegenüber den verschiedenen Arten von psychischen Problemen weitgehend indifferent sind.

Die verführerische Konzeption der Verhaltenstherapie verleitet dazu, menschliche Probleme allein mit den Kategorien der Lerngesetze oder Lernparadigmen (Kanfer/Phillips 1970/1975) erfassen zu wollen. Wenn der Berater die Entscheidung für eine der vielen Lerntheorien getroffen hat oder ein psychisches Problem durch ein bestimmtes Lernparadigma erklären zu können glaubt, so scheint ihm die VT vorzuschreiben, aufgrund einer einfachen Zuordnung eine der ungefähr vier bis sechs Standardtechniken zur Veränderung der problematischen Verhaltensweise heranzusiehen. Das grundlegende Konzept der Vorgehensweise von Verhaltenstherapeuten besteht also aus diesen beiden Arbeitsschritten:

zuerst muß eine lerntheoretische Erklärung für die Entstehung des Problems gefunden werden, was in der ersten, der diagnostischen Phase der Behandlung durch die Verhaltensanalyse geschieht;

danach wird durch mehr oder weniger einfache oder eindeutige Zuordnung von Problemdiagnose und Veränderungstechnik eine der Standardtechniken ausgewählt.

Falls der Verhaltenstherapeut eine offene oder weniger dogmatische Arbeitsweise vorzieht, so wird er dieses Zwei-Phasen-Modell der VT als einen kybernetischen Regelkreis interpretieren und durch Überprüfung der Wirksamkeit seiner Veränderungstechnik eine Rückkopplungsschleife in dieses Zwei-Phasen-Modell einbauen (vgl. Kaminski 1970, bzw. Schulte 1974).

Gegenüber den bisher vorgestellten psychotherapeutischen Methoden, die durch ein Gespräch oder verbale Kommunikation psychische Probleme zu verändern suchen, bestechen die Theorien und Methoden der VT durch ihre scheinbare Einfachheit,

logische Konsistenz und empirische Absicherung (vgl. dagegen Bastine 1976, S. 197 ff.).

Als philosophische Basis haben die meisten Verhaltens-therapeuten den logischen Positivismus ausgewählt und den Operationalismus zur allgemeingültigen Methodologie erhoben. Trotz einer Vielzahl von psychologischen Lerntheorien liegt vielen wichtigen heute praktizierten Methoden der VT eine spezielle Variante der amerikanischen Psychologie zugrunde, nämlich der Behaviorismus von B.F. SKINNER (vgl. die programmierte Einführung Holland/Skinner 1975).

Sowohl der Operationalismus der Positivisten als auch die behavioristische Lernpsychologie von SKINNER bestechen ganz besonders durch ihre Einfachheit und Anschaulichkeit. Nachdem einmal die Entscheidung für die Lernpsychologie der SKINNER-Schule gefallen ist, läßt sich eine Psychotherapie und Jugendberatung nach scheinbar gänzlich anderer Art durchführen als die Gesprächsbehandlungen der (Neo-) Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie.

Die SKINNER-Schüler unter den "modernen" Verhaltenstherapeuten legen sich eine neue psychologische Fachsprache zu und "übersetzen" die bisher angesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse der Psychiatrie und Klinischen Psychologie in ihre Sprache der Reize, Reaktionen oder des Verhaltens (vgl. Schröder 1977).

Durch die Beschränkung der VT auf den Verhaltensaspekt psychischer Probleme entsteht somit eine neue psychotherapeutische Arbeitsweise. Die veralteten S-R-Theorien der Lernpsychologen E.L. THORNDIKE und I.P. PAWLOW wurden ersetzt durch die Auffassungen von J.B. WATSON, C. HULL, E.C. TOLMAN und B.F. SKINNER (vgl. Neel 1974, S. 113 ff.).

Neuere Lerntheoretiker wie F.H. KANFER haben das Stimulus-Reaktions-Paradigma (S-R-Formel) durch die folgende Verhaltensgleichung ersetzt:

S - O - R - KV - K

Diese Verhaltensgleichung soll sowohl zur Beschreibung als auch zur Behandlung psychischer Probleme herangezogen werden.

"Die fünf wesentlichen Komponenten dieser Gleichung sind: 1. Die Natur der stimulierenden Aussen- oder Innenwelt (S); 2. die biologische Verfassung der Person (O); 3. die Verfügbarkeit und die Merkmale der untersuchten Reaktion (R); 4. die Beziehung zwischen der Reaktion und dem Timing, dem Umfang oder der Häufigkeit der reaktionsbedingten Konsequenzen (KV), und 5. die Veränderung der Umwelt oder der reaktionsbedingten Konsequenzen (K)" (Kanfer/Phillips 1970/1975, S. 116).

Die Buchstaben bedeuten also folgendes:

- S Vorausgehende Stimulation (= Stimulus)
- O Biologische Ausstattung des Organismus
- R Reaktionsrepertoire (= Reaktion)
- KV Kontingenzverhältnisse oder Verstärkungsplan
- K Konsequenz.

(vgl. a.a.O., S. 76).

Anhand dieser Verhaltensgleichung lassen sich die wichtigsten Standardtechniken der VT auswählen. Die problematische Verhaltensweise muß durch die Chiffren der Verhaltensgleichung beschrieben werden, indem den verschiedenen Handlungen bzw. Verhaltenselementen eines Problemverhaltens ein bestimmter Buchstabe zugeordnet wird.

Sofern nur die ersten drei Glieder der Verhaltensgleichung benötigt werden, liegt ein klassisches Konditionieren oder ein Reflexlernen (PAWLOW) vor. Durch Veränderung der Stimulus-Reaktions-Verbindungen wird die evtl. subjektiv als pathologisch oder krankmachend empfundene Bedeutung des Stimulus verändert.

Nach KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 157) lassen sich mit dem klassischen Konditionierungsmodell vor allem verschiedene sexuelle Anomalien wie Fetischismus, ferner Alkoholismus und Enuresis beschreiben.

Als Behandlungsmethode wird die Aversionstherapie verwendet, die aber häufig durch operante Konditionierungsmethoden ergänzt wird (vgl. a.a.O., S. 157; Halder 1973, S. 68 ff.). In der Jugendlichenpsychotherapie wird diese Technik bei ähnlichen psychischen Störungen angewendet werden können. Da aber meist auch operante Methoden zusätzlich eingesetzt werden, brauchen wir nicht weiter auf sie einzugehen.

Sehr viel größere Bedeutung für die Technik der VT hat ein kombiniertes Modell der Stimulus- und Reaktionskontrolle, das für all diejenigen Störungen herangezogen wird, die mit Angst verbunden sind. Die wichtigsten Techniken, die dieses kombinierte Lernmodell verwenden, sind die systematische Desensibilisierung nach WOLPE für Phobien u.ä. und die Implosionstherapie nach STAMPFL und Mitarbeitern (vgl. Kanfer/Phillips 1970/1975, S. 159 ff.; Halder 1973, Kraiker 1974).

Nach SCHRÖDER (1977, S. 139 ff.) werden diese Methoden der VT zur Veränderung oder Reduktion von Angst in der Jugendlichenpsychotherapie häufig angewendet, jedoch meist ebenfalls in Kombination mit operanten Methoden.

Unter Ausweitung des Verhaltensbegriffes auf typisch menschliche Probleme des Verhaltens benutzen KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 216) auch das Lernparadigma des Modelllernens, welches auch Beobachtungslernen, stellvertretendes Lernen oder Imitation genannt wird; sie benutzen überwiegend den Namen soziales Lernen. Da jedoch jede Lernart soziale Aspekte hat, wollen wir von Modellernern sprechen. Nach ihrer Meinung greifen ein Großteil der gängigen klinischen Techniken nur beiläufig auf Modellernprozeduren zurück, was jedoch auch darauf zurückgeführt werden kann, daß auch KANFER und PHILLIPS die eigentlichen Mechanismen dieser Lernart mit ihrer Verhaltensgleichung nicht ausreichend erklären können (vgl. a.a.O., S. 216 ff., S. 269).

Mit diesem Lernparadigma werden sowohl der Erwerb neuer Einstellung und Fertigkeiten ohne eigene Übung durch Beobachtung anderer Menschen erklärt, als auch die verschiedensten Techniken zur Verhaltensänderung, die Replikationstherapien genannt werden: Psychodrama, "fixed role therapy" nach KELLY (1955) - der Patient handelt in der Therapiesituation, wie wenn er jemand anders wäre, und übt dieses im Alltag -, ähnliche verhaltenstherapeutische Techniken heißen Verhaltensübung (Lazarus 1966), Rollenspiel oder behavioristisches Psychodrama (Wolpe 1958, Sturm 1965), auch in den T-Gruppen und Sensitivitätstrainingsgruppen soll Modelllernen einen wichtigen Platz einnehmen (vgl. a.a.O., S. 267 f.).

Nach Auffassung der revidierten behavioristischen Lernpsychologie von KANFER/PHILLIPS (1970/1975) bewerten und nutzen die bisher referierten Lernparadigmen des klassischen Konditionierens, der Stimulus- und Reaktionskontrolle (bei Angst) und des Modelllernens lediglich die ersten drei Komponenten S, O und R der Verhaltensgleichung (S - O - R - KV - K).

Das Lernmodell des operanten Konditionierens dagegen benutzt die der Komponente R "nachfolgenden" Elemente KV und K.

"Therapeutische Interventionen, die auf dem operanten Modell fußen, sorgen in erster Linie für eine Neuordnung kontingenter Verhaltenskonsequenzen, darunter Belohnungen und Bestrafungen mit dem Ziel, unerwünschtes Verhalten zu ändern oder Verhaltensdefizite zu beheben" (Kanfer/Phillips 1970/1975, S. 275).

Das Lernparadigma des operanten Konditionierens als positive Verstärkung oder Entzug positiver Verstärker (bzw. Bestrafung durch Nicht-Belohnen) scheint einen sehr großen Erklärungswert für das Lernen neuer (Erlebens- und) Verhaltensweisen zu besitzen und einen großen praktischen Nutzen für die verschiedensten Formen der Änderungstechni-

ken. Durch operantes Lernen lassen sich viele Prozesse und Ergebnisse der bisher referierten Methoden der Gesprächsbehandlungen erklären, vor allem die Veränderung der freien Assoziation innerhalb der (Neo-)Psychoanalyse im Sinne eines zunehmenden Aussprechens von libidinösen und aggressiven usw. Gesprächsinhalten, ferner das Erlernen der Selbstexploration in der GPT: der Psychotherapeut beeinflusst durch selektive soziale Verstärkung das von der entsprechenden Schule geforderte Klientenverhalten, evtl. verhält er sich auch als Modell (vgl. Kanfer /Phillips 1970/1975, S. 417 ff.; Tausch 1970; Bommert 1975, S. 79 ff., ders. 1977, S. 49 ff.).

Welche Wirkung die Verhaltensmodifikation durch Manipulation der Konsequenzen im Bereich von Familie, Schule und Jugendhilfe, einschließlich der Jugendberatung, entfalten könnte, läßt sich an diesen zusammenfassenden Aussagen von KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 358) erahnen:

"Als 'wertfreie' Technologie eignet sich das operante Modell hervorragend zur Planung von speziellen Umwelten, die besonderen Verhaltenszielen dienen sollen. So wurden Verstärkung und ähnliche Operationen nicht nur gern bei den üblichen Beschwerden von neurotischen oder anderen traditionsgemäß klinischen Patienten angewandt, sondern bildeten auch die Grundlage zur Konstruktion besonderer therapeutisch-erzieherischer oder prothetischer Umwelten in Krankenhäusern, Schulen, Strafanstalten und anderen Institutionen. Auf dieselbe Weise kann man Eltern beibringen, ihre Verstärkungskontingenzen zu verbessern, um ihr Familienleben zu einer konstruktiven Umwelt zu machen, das heißt, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Problemverhalten bei Familienmitgliedern zu verringern. Sowohl für den institutionellen als für den Rahmen der Familie können Laien ohne weiteres in der Verhaltensmodifikation durch operante Prinzipien unterwiesen werden."

Spezifische Aspekte der Funktionsweise von Erziehungsprozessen in Familie, Schule, Arbeitswelt usw., aber auch in öffentlichen Erziehungs- und "Um-"Erziehungsinstitutionen lassen sich durch operantes Konditionieren "verstehen". Wesentliche Fragen nach den Ursachen und Motivationen für

die spezifischen Formen von psychischen Störungen und Persönlichkeitsfehlentwicklungen bleiben unbeantwortet. Oder sollte man sich mit der "Erklärung" zufriedengeben, die jeweils "zuständigen" Verteiler von Verstärkern hätten "es" eben so gewollt und zwar jede Elterngeneration usw. aufs neue?

Im Sinne der klassischen Klassifikation von Gefühlen oder Motivationen in die beiden Arten von Lust und Unlust unterscheidet auch die VT zwischen positiven und negativen Verstärkern bzw. positiven und negativen Konsequenzen. Durch Kontrolle der aversiven Konsequenzen oder durch Bestrafung wird nach Auffassung von KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 359) ein Großteil unseres alltäglichen Verhaltens gesteuert. Leider hätten aber Bestrafungskontingenzen für die Persönlichkeitsentwicklung nachteilige Effekte:

"SKINNER (1953) betrachtet Angst als emotionale Reaktion, die mit dem Signal gekoppelt ist, das einem aversiven Stimulus vorausgeht. Bestrafungskontingenzen erzeugen besonders leicht Angst, da durch den Beginn bereits früher streng bestraften Verhaltens heftige emotionale Prädispositionen wachgerufen werden. 'Sie bilden den wesentlichen Bestandteil dessen, was wir als Schuld, Scham oder Sündhaftigkeit bezeichnen' (dt. Ausg. 1973, S. 177). Kontrolle durch Vertreter der Gesellschaft (Eltern, Lehrer, Arbeitgeber) und durch gesellschaftliche Instanzen (Regierung, Rechtsprechung, Religion) kann, was die Verwendung von Bestrafung betrifft, widersprüchlich ausfallen oder übertrieben werden. Die schädlichen Nebenwirkungen solcher Kontrollen können abweichende oder zerstörerische Verhalten erzeugen, die die Verhaltenspathologien der Neurose oder Psychose bilden. Nach SKINNER 'bringt es das Wesen der psychotherapeutischen Verfahrensweise also mit sich, Verhaltensänderungen, die das Ergebnis einer Strafe sind, wieder rückgängig zu machen. Strafen sind aber vielfach durch kirchliche oder staatliche Instanzen verursacht worden. Daher besteht zwischen der Psychotherapie einerseits und kirchlichen und staatlichen Kontrollinstanzen andererseits ein gewisser Gegensatz" (ebd., S. 361)."

Diese widersprüchlichen Ergebnisse der Verhaltenskontrolle von aversiven Konsequenzen müssen in der Jugendberatung zu einem besonders dringlichen Problem werden. Da die Beratung weitgehend freiwillig in Anspruch genommen wird, sind

die Möglichkeiten für den Therapeuten, den Jugendlichen zu bestrafen, bereits durch die Offenheit dieser Institution eingeschränkt. Die Besonderheiten der Übergangsphase des Jugendalters zwischen der unselbständigen Kindheit und dem autonomen Erwachsenenalter lassen die Bestrafung in einem anderen Licht erscheinen.

Ob aber das Erziehungsziel eines mündigen Bürgers u.ä. mit entmündigenden Mitteln der Erziehung erreicht werden kann, läßt sich durch eine Analyse der Technologie von Lernen nicht entscheiden. Die Zusammenhänge von Ziel- und Mittelaspekten der Erziehung müssen auch mit begrifflichen Instrumenten angegangen werden, die der Vielfalt von Erziehungszielen angemessen sind. Wir hatten den Zielaspekt weitgehend aus unserer Diskussion ausgeklammert, müßten aber zur Lösung dieser Fragen sehr viel genauer hierauf eingehen. Die VT könnte aber aufgrund ihrer behavioristischen und operationalistischen Methodologie nur sehr wenig hierzu beitragen, was wiederum die Grenzen psychotherapeutischer Schulen aufzeigt, die nur einen einzigen begrifflichen Aspekt der psychologischen Wissenschaft zum Grundstein ihrer Konzeption auswählen. Die Psychoanalyse entschied sich für sexuelle (und aggressive usw.) Motivationen, genauso einseitig bleibt die VT, wenn sie den Begriff des Verhaltens zum "Werkzeug für alles" hochstilisiert. Erziehungsziele lassen sich nicht über den Leisten von Verhalten schlagen, sondern bestenfalls entsprechend deformieren.

Über das klassische und operante Konditionierungsparadigma hinausgehend, müssen KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 417) konstatieren, daß Menschen nicht nur auf Stimulation reagieren und durch Verstärkung/Konsequenzen manipulierbar sind, sondern auch sprechen und denken können: "(...) in vielen Fällen sind die problematischen Verhaltensprozesse verbale und Denkverhalten, die zwischen Stimulusidentifikation und Aktion auftreten." So versuchen deshalb auch andere weniger dogmatische Behavioristen, Sprache und Denken durch ihr

behavioristisches Instrumentarium zur Erfassung von Inhalten oder Handeln zu beschreiben.

Die VT will somit auch die vielfältigen Erscheinungen der Sprache, sprachlichen Kommunikation und des Denkens und der Intelligenz mit Verhaltensbegriffen erfassen: Sprachliches und kognitives Lernen wird von "motorischem" Lernen oder Verhalten, Reagieren nicht ausreichend unterschieden.

Ein neues Lernparadigma wird für das Erlernen der Sprache und von Denkprozessen nicht formuliert, sondern ausgehend von der biologisch ausgerichteten Methodologie des Behaviorismus, werden spezifisch menschliche Eigenarten durch die Kategorien der tierischen Verhaltensforschung erfaßt.

Ein wichtiges Merkmal der Sprache und des sprachlichen bzw. verbalen Lernens haben die Behavioristen gegenüber den bisher behandelten Methoden der Gesprächsbehandlung jedoch richtig herausgehoben. Zwischen Denken/Sprechen und Verhalten/Handeln bestehen bei vielen Menschen nicht immer Übereinstimmungen. KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 433 f.) müssen aber auch bezüglich dieser Frage konstatieren, daß die derzeit verfügbaren empirischen Studien über die Beziehungen zwischen Wörtern und Aktion nicht sehr beeindruckend sind. Bisher wurden erst durch Studien mit Kleinkindern und jüngeren Schulkindern sowie mit "zwei retardierten Frauen" die Zusammenhänge zwischen verbalem und motorischem Verhalten untersucht. Ob aber diese Untersuchungen auch für Jugendliche und Erwachsene Bedeutung haben können, muß wahrscheinlich eher negativ beantwortet werden.

Die Autoren stellen resümierend fest, daß noch viele Fragen ungelöst seien. So wüßten wir z.B. kaum etwas über die Parameter, die den Umfang der verbalen Kontrolle beeinflussen. Ebenso unerforscht seien die Bedingungen, die zur Selbstregulierung durch verbale Kontrolle erforderlich seien; und relativ unausgeleitet sei auch der Spielraum, den Stimulusfunktionen aufgrund verbaler und nicht-verbaler Modalitäten besäßen (vgl. a.a.O., S. 435).

Als letzte Technik der VT behandeln KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 455 ff.) die Instigationstherapie oder Techniken der Selbstregulierung, Selbstkontrolle. Sie seien deshalb von besonderer Bedeutung, weil die frühesten und erfolgreichsten Methoden der VT fast ausschließlich auf der Kontrolle der Behandlungsumgebung des Patienten fußen, wohingegen die Selbstkontrolltechniken dem Klienten selbst die Verantwortung für die Kontrolle seiner Umgebung und seiner Handlungen überlassen (vgl. auch bes. Kraiker 1974, S. 325 ff.; Teegen u.a. 1975, bzw. Watson/Tharp 1972/1975). Dem Autonomiestreben junger Menschen kommt diese Technik der VT in entscheidenden Punkten entgegen, weshalb sie für die Jugendberatung besonders gut geeignet ist. Der Jugendliche wird durch den Therapeuten oder ein geeignetes Lehrbuch, z.B. "sich ändern lernen" von TEEGEN u.a. (1975), in die lerntheoretischen Grundlagen der Selbstkontrolltechniken eingewiesen und beide zusammen erstellen dann Lernprogramme zum Abbau unerwünschter und Aufbau erwünschter Verhaltensweisen. Nach KANFER/PHILLIPS (1970/1975, S. 540) habe man so Rauchverhalten, Überessen, Lernunfähigkeit und ähnliche Probleme behandelt.

Sehen wir von den neuen Techniken der VT ab und konzentrieren wir uns auf die wesentlichen bisher referierten Lernparadigmen der behavioristischen Lernpsychologie, so müssen wir festhalten, daß die Theorien dieser Schule und Spezialdisziplin gegenüber den bisher vorgestellten Schulen der Psychotherapie in keinem Konkurrenzverhältnis stehen, sondern einen speziellen Aspekt menschlicher (und tierischer) Erlebens- und Verhaltensweisen herausheben. Die behavioristischen Lernpsychologien machen aber auch nur einen kleinen Teil der großen Vielfalt von psychologischen Theorien des Lernens aus. Andere Schulen wie z.B. die Gestaltpsychologie, kybernetische Psychologie, die Feldtheorie LEWINs und sprachtheoretisch, psycholinguistisch orientierte Ansätze haben den Begriff des Lernens gegenüber

den weitgehend tierpsychologischen Lerntheorien der Behavioristen erweitert und auch solche Arten des Lernens genauer untersucht, die begriffliches Lernen oder Konzeptlernen (GAGNE), kognitives Lernen genannt werden, ferner Regellernen (GAGNE) und einsichtiges Lernen, Problemlösen. Die hier vorgestellte Konzeption einer Hierarchie von niedrigen und höheren Lernarten von GAGNE ist von der derzeit herrschenden Schule der weitgehend behavioristisch orientierten VT noch nicht rezipiert worden.

Solange die verhaltenstherapeutische Psychotherapie und Beratung sich an die speziellen amerikanischen Lernpsychologien des Behaviorismus, Neobehaviorismus und kognitiven Behaviorismus noch gebunden fühlt, wird eine produktive Weiterentwicklung ihrer Technik und Therapie kaum möglich sein. Sofern die VT aber die Methodologie und philosophischen Bindungen an positivistische Wissenschaftsauffassungen aufgibt, wird sie auch die konzeptionellen u.a. Einschränkungen des Behaviorismus überwinden LERNEN und in einen fruchtbaren Dialog mit anderen psychologischen Schulen und speziellen Schulen der Psychotherapie und Beratung eintreten können.

Ein vergleichender Dialog der Schulen der Beratungswissenschaften könnte den neuen Aspekt der lernpsychologisch orientierten Psychotherapieschule der VT genauer herausarbeiten und die Fruchtbarkeit der Betrachtung von menschlichen Problemen unter dem Aspekt des Lernens und Aneignens von Erlebens- und Verhaltensweisen erweisen. Der Beitrag der VT bestünde dann jedoch nicht in einer additiven Ergänzung einer stetig wachsenden Anhäufung von Techniken der Behandlung psychischer Probleme durch die speziellen verhaltenstherapeutischen Techniken wie systematische Desensibilisierung und Selbstkontrolltechnik, sondern in einer speziellen neuen Sichtweise der Beratung/ Psychotherapie. Nach der Rezeption der höheren Lernbegriffe in die VT würde die psychotherapeutische Schule der VT selbst ihr Gesicht, ihre Struktur und Vorgehensweise radikal verändern.

Die bereits ausgearbeiteten Standardtechniken der VT müßten ergänzt werden durch neu zu entwickelnde Techniken für höhere Lernarten wie Regellernen und kreatives Problemlösen. Hier hätte die VT einen spezifisch eigenständigen Beitrag zu leisten, der sich aus der Orientierung am Lernaspekt menschlicher Erlebens- und Verhaltensweisen ergibt.

Darüberhinaus könnte die VT aber auch eine quasi hilfs-wissenschaftliche Funktion gegenüber den anderen Schulen der Beratung/Psychotherapie erfüllen, indem sie die Wirkungsweisen und Mechanismen der Techniken anderer Schulen lernpsychologisch interpretiert (und erklärt) und somit neue Aspekte in die beliebige Vielfalt oder Unordnung der Beratungswissenschaft bringt.

Dogmatische Festlegungen auf spezielle wissenschaftstheoretische Auffassungen und auf spezifische Lernpsychologien wie die von SKINNER oder PAWLOW würden jedoch den gegenseitigen Dialog zwischen den Schulen der Beratung/Psychotherapie einengen und die Entwicklung neuer Auffassungen behindern.

Eine neue und undogmatische Beratungswissenschaft, die lernpsychologische Aspekte aufgreift, hätte die Altersbesonderheiten und speziellen Probleme ihrer verschiedenen Gruppen von Klienten aufzugreifen und müßte z.B. eine Kinder-, Jugendlichen, Erwachsenen- und Altenpsychotherapie entwickeln, die heute erst in Ansätzen erkennbar sind.

Für eine sozialpädagogische Jugendlichenpsychotherapie wurden bereits durch die verschiedensten Schulen der Psychotherapie wichtige Vorarbeiten geleistet, die sowohl die Diagnostik als auch Behandlung von Problemen Jugendlicher umfassen. Ausgehend von der international üblichen Klassifikation neurotischer Erkrankungen von Erwachsenen und den Erfordernissen der sozialpädagogischen Jugendberatung wollen wir im folgenden für die verschiedenen Störungsbilder als spezieller Diagnostik der Jugendlichenpsychotherapie die unterschiedlichen Behandlungsvorschläge der drei wichtigsten

Schulen der Psychotherapie gegenüberstellen. Während wir im ersten Teil allgemeine Fragen der Diagnostik und Entstehung von Problemen und Konflikten Jugendlicher im Bereich von Familie und Beruf untersuchten, sollen hier im zweiten Teil spezielle Fragen der Diagnostik und Behandlung bearbeitet werden.

Wir werden die wesentlichen Diagnosegruppen der sozialpädagogischen Jugendberatung abhandeln, die sich als motivationale, dissoziale, berufliche und wissenschaftliche Lernprozesse bezeichnen lassen.

Gegenüber dem allgemeinen Konzept von Problemfeldern Jugendlicher als Arbeits- und Familienkonflikten, psychischen und sexuellen Konflikten (s. oben S.11 f.,45), ergibt sich diese spezielle Diagnostik aus den Besonderheiten der Hilfemöglichkeiten der sozialpädagogischen Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie. Fehlgelaufene Erziehungsprozesse im motivationalen Bereich können neurotische und sexuelle Störungen hervorrufen, und defizitäre Lernprozesse sozialen Verhaltens und zumeist moralischer Erziehung führen unter Umständen zu Verwahrlosung, Kriminalität und psychopathischen Charakterneurosen.

5. Ein Konzept einer inhaltlichen Struktur von Lernprozessen in der sozialpädagogischen Jugendberatung und Jugendlichenpsychotherapie

Die obige vergleichende Analyse der verschiedenen verbalen Techniken der Beratung/Psychotherapie hatte ergeben, daß sowohl die (neo-)psychoanalytischen als auch die gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsmethoden überwiegend motivationale Lernprozesse in Gang setzen. Von den verschiedenen verhaltenstherapeutischen Techniken gehen die Methoden der systematischen Desensibilisierung und des Selbstbehauptungstrainings direkt auf die speziellen Motivationsarten der Angst und Aggression ein. Die anderen Techniken der VT bearbeiten den Verhaltens- oder Handlungsaspekt psychischer Probleme; die wesentlichen Lernprozesse einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapie sind aber sozialer, beruflicher oder schulischer sowie kognitiver Art.

5.1 Motivationales Lernen

Als strukturierendes Prinzip dieser zusammenfassenden Darstellung der motivationalen Lernprozesse der verbalen und verhaltensorientierten Schulen der Psychotherapie/Beratung soll eine inhaltliche Struktur der motivationalen Lernprozesse herangezogen werden, die nicht aus einer einzigen therapeutischen Schule entnommen werden kann, sondern nur als Synthese unserer vergleichenden Analyse sich herausgestellt hat.

Nach Auffassung der klassischen PA sind die sexuellen und aggressiven Motivationen für die psychische Gesundheit und Krankheit von Jugendlichen (und Erwachsenen) von besonderer Bedeutung. Sexuelle Probleme werden aber nicht nur von der (Neo-)PA explizit aufgegriffen bzw. durch spezielle (Deutungs-)Techniken bearbeitet, sondern ebenfalls von Verhaltenstherapeuten. Die GPT scheint Sexualschwierigkeiten nicht als bedeutsamen Problembereich

Jugendlicher zu betrachten.

Die komplizierte Ätiologie und Nosologie der Sexualstörungen wird also von den einzelnen Psychotherapieschulen unterschiedlich akzentuiert aufgegriffen, was auch für die Behandlungsmethoden gilt. Für die Jugendlichenberatung hat die PA eine spezielle Theorie der Pubertät entwickelt. Die GPT verzichtet ja auf die diagnostische Differenzierung der Sexualstörungen und auf eine spezielle Theorie und Technik der Behandlung von sexuellen Problemen junger Menschen. Hiermit ist keineswegs gesagt, daß ein Gesprächspsychotherapeut bei weniger klarem Festhalten an den Lehren von ROGERS nicht auch sexuelle Gefühle und Probleme in der GPT behandeln könnte oder dürfte, sondern hiermit wird die Unspezifität dieser Schule der Psychotherapie bezüglich dieser Art von Problemen festgestellt. Die GPT hat bekanntlich keine differentielle Methodik für Sexualstörungen (Jugendlicher) entwickelt. Hiermit nimmt sie gegenüber den anderen Psychotherapieschulen eine Sonderstellung ein, was wahrscheinlich auch Folgen für die Frage der Kontraindikation der GPT für Sexualstörungen haben muß.

Der wichtigste Konkurrent für die verbalen psychoanalytischen Behandlungsmethoden bei sexuellen Problemen ist zur Zeit zweifellos die VT, obwohl eine spezielle Technik der Behandlung von der VT nicht entwickelt wurde, eine Ausnahme mag die Technik der "sexuellen Reaktion" nach WOLPE sein (vgl. z.B. Blöschl 1974, S. 68 f.). Da wir die einzelnen Störungsbilder der Sexualität hier nicht behandeln können, werden wir die verschiedenen Schwerpunkte der unterschiedlichen Psychotherapieschulen herausheben unter besonderer Berücksichtigung der häufigsten sexuellen Probleme Jugendlicher.

Die Psychopathologie der Sexualität wurde zweifellos erstmals von S. FREUD in eine Systematik gebracht, die sowohl eine Ätiologie oder entwicklungspsychologische Theorie der Sexualität als auch eine Nosologie und Phänomenologie der Sexualität umfaßt. Seine Theorien der sexualpsychologischen Veränderungen in der Pubertät sind noch heute für die Jugendberatung nicht gänzlich veraltet und für die jugendgemäße Erziehung der sexuellen Gefühle, Einstellungen und Funktionen von Bedeutung. Da die psychoanalytische Sexualitätsauffassung genetisch und kausal orientiert ist, werden durch die Interpretationen des Analytikers sowohl die Entwicklung von Sexualstörungen für die Jugendlichen transparent gemacht und erhalten einen Sinn, als auch die Ursachen der speziellen Formen herausgearbeitet. Die VT wirft ein neues Licht insofern auf die Genese von Sexualstörungen, als keine inhaltlichen Aussagen über die "Normalität" bestimmter Praktiken oder Erlebnisse und Phantasien ableitbar sind, die über statistische Aussagen meist des tierischen Sexualverhaltens hinausgehen. Die einzelnen Formen der Sexualstörungen werden durch die verschiedenen Lerngesetze oder "Lernparadigmen" (KANFER/PHILLIPS 1970/1975) erklärt und so einer spezifischen Therapie des Neulernens und Verlernens von pathologischer Sexualität zugänglich gemacht.

Da aber die einzelnen Sexualstörungen wie exzessive Masturbation oder Fetischismus in den konkreten Lebensverhältnissen von Kindern und Jugendlichen entstehen, meist im Rahmen der Familie, Schule und von Freizeitgruppen Gleichaltriger, müßte die VT auch diese spezifischen "Variablen" in ihre Verhaltensanalyse und Behandlung einbeziehen. Aufgrund eines falschen philosophischen und methodologischen Rigorismus sperren sich die meisten

Lerntheorien und Verhaltenstherapeuten gegen eine Berücksichtigung der menschlichen Eigenarten der sexuellen Entwicklungsgeschichte des Einzelnen. Deshalb scheinen viele Behandlungsvorschläge der VT nur schwer einen Sinn in die Genese und Formenvielfalt sexueller Probleme bringen zu können.

Die leichteren Arten sexueller Probleme von Jugendlichen und evtl. auch Erwachsenen sind wahrscheinlich solche Störungen oder Abweichungen des sexuellen Verhaltens und Erlebens, die im Grenzbereich des Statistisch-Normalen und Pathologischen eingeordnet werden können.

Nach psychoanalytischer Auffassung müßten wir auch die Mehrzahl der aktualneurotischen, neurotischen, psychotischen und charakterneurotischen Störungen usw. im Zusammenhang mit den Sexualstörungen i.w.S. abhandeln, da FREUD bekanntlich ein sehr weites Bedeutungsfeld von Sexualität annahm, das auch die Partialtriebe und Komponenten der normalen Sexualität mit einschließt. Abgesehen von dem Streitpunkt der Berechtigung, den frühkindlichen und kindlichen Formen der Triebbefriedigung, Sexualität und Erotik einen sexuellen Charakter zusprechen zu dürfen, treten ähnliche Schwierigkeiten bei den verschiedenen Problemen Jugendlicher auf. Sofern offensichtlich genitale Empfindungen oder Erlebnisse auftreten, werden nur wenige die Berechtigung der Bezeichnung bestimmter Störungen als sexueller ablehnen. Aber bereits bei der psychoanalytischen These, daß die meisten Aktualneurosen und Abwehrneurosen usw. sexuellen Charakter hätten, wird besonders von der VT, aber auch der GPT eine andere Auffassung vorgetragen. Wie wir oben gesehen hatten, (s. oben S. 254 ff., 268 ff.) akzeptieren auch viele Neo-psychoanalytiker nicht die These FREUDs, daß neurotische Symptome sexuelle Wunscherfüllungen ausmachen, sondern sie suchen die Ursachen für z.B. die verschiedenen neurotischen Störungen nicht nur bei Fehlentwicklungen des Sexual- oder des Aggressionstriebes, sondern auch bei

den anderen (An-)Trieben des Menschen. So darf ein Neo-Psychoanalytiker der Schule von Annemarie DÜHRSEN als Ursachen der einzelnen Neurosen und psychosomatischen Störungen neun verschiedene Arten von Gehemmtheiten selbständiger Antriebe entdecken.

5.1.1 Psychotherapie der verschiedenen Neurosen

Gehen wir von dem internationalen Diagnoseschlüssel psychiatrischer Erkrankungen aus, dem ICD-8, so lassen sich verschiedene Neurosenarten unterscheiden, die ein differentielles therapeutisches Vorgehen erfordern. Bei Jugendlichen und jungen Menschen werden diese verschiedenen Neurosearten wahrscheinlich nicht in so eindeutiger Form auftreten wie bei älteren Erwachsenen, aber auch bei Jugendlichen lassen sich entsprechende Vorstufen der klassischen neurotischen Krankheitsbilder diagnostizieren.

Die PA hält bestimmte Neurosearten für Abwehrneurosen, die durch Konflikte zwischen sexuellen u.a. Triebwünschen und Abwehrprozessen verursacht werden. Die Neopsychoanalytikerin Annemarie DÜHRSEN hat die Triebkategorien der klassischen FREUDschen Motivationstheorie durch weitere Antriebsarten ergänzt und den Abwehrbegriff durch das Konzept der Gehemmtheiten oder Hemmungen ersetzt. Beide Schulen der PA und Neo-PA versuchen, die Abwehrneurosen oder neurotischen Gehemmtheiten durch verbale Interpretationen zu heilen, indem sie die verursachenden motivationalen Konflikte zur Sprache bringen, um sie so einer bewußten Verarbeitung zugänglich zu machen.

Ängste, Angstneurosen, Phobien und Zwangsneurosen werden je nach (neo-)psychoanalytischer Tochterschule auf abgewehrte oder gehemmte sexuelle und andere Antriebe zurückgeführt.

Noch den klassischen Schulen zugehörige Psychoanalytiker (-innen) wie Anna FREUD, Melanie KLEIN, EISSLER und MALE werden die Angstneurose (oder frei flottierende Angst) und

Phobie auf abgewehrte sexuelle Motivationen zurückführen. Die frei flottierende Angst sei durch eine Anhäufung sexueller Spannungen und durch fehlende "psychische Verarbeitung" somatischer sexueller Erregungen verursacht (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 67 f.).

Daß Gesprächspsychotherapeuten ebenfalls sexuelle Gefühle "hinter" den offen geäußerten Selbstexplorationen eines Klienten mit einer Angstneurose entdecken oder vermuten könnten, ist nach ihrem Verständnis nicht ausgeschlossen (vgl. "Weitergehen des Psychotherapeuten" nach Schwartz (1975); zit. bei Bommert 1977, S. 74; bzw. s. oben S. 325, 354). Im Gegensatz zur psychoanalytischen Verbalisierung verlangt die GPT jedoch vom Therapeuten eine Versprachlichung des phänomenalen Erlebens der Motivationen des Klienten und nicht von theoretisch erschlossenen Motiven, die "hinter" einer Bewußtseinschranke zwischen bewußtseinsfähigen und unbewußten oder noch-nicht-gewußten Erlebnissen liegen. Bei konsequenter Anwendung eines phänomenologischen Standpunktes müßte ein Gesprächspsychotherapeut sich mit den anscheinend richtigen Beschreibungen der Selbstbeobachtungen der Gefühle des Klienten in seiner individuellen (Spezial-)Sprache zufriedengeben und nicht weiter nach anderen Begriffen für seine Gefühle forschen wie z.B. ein Psychoanalytiker, der auch eine sexuelle Deutung von Ängsten versuchen wird oder sie als Warnsignal vor Reizüberflutung ansieht.

Eine eindeutige Abkopplung von Angst und Sexualität hat die VT vollzogen, wenn sie Angst als eine meist klassisch konditionierte emotionale Reaktion auffaßt, die physiologische, kognitive und motorische Komponenten hat.

Die Entstehung von Angst läßt sich nach einer populärwissenschaftlich formulierten Kurzformel so auffassen:

"Ein ursprünglich neutraler Reiz tritt zufällig zusammen mit einem natürlichen, unbedingten Angstreiz auf, der eine natürliche, unbedingte Angstreaktion hervorruft!" (Hennenhofer/Heil 1976, S. 104).

Die frei flottierende Angst soll somit keineswegs durch kognitive Verarbeitung von nicht adäquat abgeführter Libido (erste Angsttheorie FREUDs) oder des Warnsignales traumatischer Situationen (zweite Angsttheorie) beseitigt werden, sondern durch spezifische Veränderungen der drei Komponenten von Angstreaktionen. Nach WOLPE läßt sich eine "pervasive Angst" durch respiratorische Reaktionen behandeln (gemeint ist eine Inhalation eines Gemisches von 70 % Karbondioxyd mit 30 % Sauerstoff). Nach BLÖSCHL (1974, S. 72 f.) sollte man diese Angstbehandlung durch Anwendung der Technik der systematischen Desensibilisierung der wichtigsten angst-erzeugenden Stimuli ergänzen.

Das mit spezifischen Ängsten verbundene typische neurotische Krankheitsbild der Phobie wird von den verschiedenen Schulen der Psychotherapie ebenfalls unterschiedlich angegangen. Somatisch orientierte (Jugend-)Psychiater könnten eine Psychopharmakotherapie empfehlen mit der Verabreichung von z.B. "Valium 3 x 2 bis 3 x 10 mg täglich oder in schweren Fällen 3 x 25 mg Melleril" (Bauer u.a. 1973, S. 92). Der oft neopsychoanalytisch argumentierende Kinder- und Jugendpsychiater HARBAUER (1975, S. 132 f.) dagegen verspricht sich "von einer medikamentösen Begleittherapie allein (...) keine entscheidende(n) Veränderungen (...)". Er empfiehlt dagegen bei schweren neurotischen Angstsymptomatiken eine analytische Psychotherapie, die sehr individuell auf die Genese des Syndroms eingehen müßte.

Ein orthodoxer Psychoanalytiker wiederum würde eine Phobie lediglich als zentrales Symptom der Abwehrneurose der Angsthysterie interpretieren, wobei wichtige strukturelle Ähnlichkeiten mit der Konversionshysterie bestünden (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 65 f.). In der FREUDschen Fallbeschreibung des KLEINEN HANS wird eine Angsthysterie eines Kindes dargestellt und FREUD arbeitet die Unterschiede zwischen der Angsthysterie und Phobie heraus. Das Gemeinsame beider Neurosearten bestünde in der Verdrängungsaktion, die den Affekt von der Vorstellung zu trennen versuchte.

Die Unterschiede lägen jedoch darin, daß bei der Angst-hysterie die durch Verdrängung entbundene Libido nicht konvertiert, sondern als Angst frei werde, bei der Phobie dagegen werde durch psychische Verarbeitung die frei gewordene Angst wieder psychisch gebunden (vgl. Freud 1909, GW 7, S. 349 f.; zit. n. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 66, ferner S. 271 ff., S. 408 ff. und S. 103 ff.).

Ohne sexuelle Deutungen und Interpretationen der psychischen Verarbeitungsprozesse von Angst geht die GPT an phobische Symptome heran, wobei sie jedoch selbstkritisch eingesteht, daß sie diese Neuroseart weniger erfolgreich behandeln könne (vgl. Minsel 1974, S. 89; bzw. s. oben S. 290 und 291). Aufgrund der methodologischen Festlegung dieser Schule der Psychotherapie auf die phänomenologische Vorgehensweise muß die GPT die hermeneutische Interpretationsweise des Herausarbeitens von verschiedenen Bedeutungs-schichten eines Angstsyptoms als "unwissenschaftlich" ablehnen. Wegen der phänomenologischen Orientierung müßte sich der Gesprächspsychotherapeut mit der vom Klienten geäußerten Formulierung seines Gefühlserlebnisses begnügen. Daß Angst auch auf nicht adäquat abgeführte sexuelle Energie hinweisen könnte oder Reizüberflutungen vermeiden sollte (erste und zweite Angsttheorie FREUDs), ist nach phänomenologischer Auffassung unbedeutend. Der an der subjektiv erlebten Oberfläche von Bewußtseinserscheinungen verbleibende Gesprächspsychotherapeut verbietet sich selbst eine Explorierung von tieferliegenden Ursachen oder von Einsichten in Zusammenhänge, die auf den ersten Blick der individuellen Selbstbeobachtung nicht zugänglich sind, aber mit anderen wissenschaftlichen Methoden durchaus erarbeitet werden könnten, nämlich sowohl durch hermeneutische als auch durch verhaltens- oder handlungsorientierte Methoden der Erkenntnisgewinnung.

Diese unterschiedlichen Auffassungen über wissenschafts-theoretische und methodologische Fragen werden wahrscheinlich

nur selten durch eine der Schulen der Psychotherapie einem Klienten vermittelt. Wir müssen vielmehr davon ausgehen, daß durch die konkreten Vorgehensweisen der Therapeuten und evtl. eingestreute Informationen über "richtiges" Klientenverhalten auch kognitive Lernprozesse bei einem Klienten in Gang gesetzt werden, nämlich ein Regellernen und Aneignen von Wissen über wissenschaftliche Tätigkeiten. Doch auf diese impliziten wissenschaftlichen Lernprozesse einer Psychotherapie wollen wir abschließend noch kurz zusammenfassend eingehen (s. unten S. 457 ff.).

Genauso einseitig wie die GPT und PA bei der Behandlung von Phobien vorgehen, genauso rigoros verfährt auch die VT, indem sie phobische Verhaltensweisen allein durch die Methode der systematischen Desensibilisierung zu behandeln sucht bzw. durch entsprechende Abwandlungen dieser Technik, wie sie z.B. von HENNENHOFER/HEIL (1975, S. 85 ff.) beschrieben werden. Die Erwartungen vieler Klienten, für ihre speziellen Angstsymptome vom Therapeuten auch wissenschaftliche Erklärungen über die Entstehung und den Sinn ihrer Erkrankung zu erhalten, werden durch Verweis auf die lerntheoretischen Aspekte der Entstehung wahrscheinlich nicht in allen Fällen erfüllt werden können. Die (neo-)psychoanalytischen Schulen können aufgrund ihrer spezifischen Motivations- und Entwicklungspsychologie wahrscheinlich eher diese Bedürfnisse befriedigen als die VT, welche die konkreten Lebensverhältnisse in einer Familie lediglich inhaltsleer beschreiben kann, da sie kein Konzept einer optimal verlaufenden Sozialisation entwickelt hat. Eine nicht einseitig und nicht monistisch vorgehende Psychotherapie müßte sowohl die Genese als auch die Lernmechanismen des Erwerbs von psychischen Störungen aufarbeiten.

Eine weitere Gruppe von psychischen Erkrankungen weist nach psychoanalytischer Auffassung auf sexuelle Konflikte

hin oder ist durch Verdrängung der Partialtriebe der Sexualität verursacht. Diese Erkrankungen sind keine sexuellen Störungen i.e.S. oder Perversionen u.ä., und sie werden nach der internationalen Klassifikation hysterische Neurose, Zwangsneurose, depressive Neurose und hypochondrische Neurose genannt (vgl. die entsprechenden Nummern des ICD-8).

Die (neo-)psychoanalytischen Behandlungstechniken versuchen wiederum durch Deutungen die verursachenden Triebkonflikte herauszuarbeiten.

Bei der hysterischen Neurose soll sich in verschiedenen körperlichen Symptomen ein psychischer Abwehrkonflikt symbolisieren. Im Gegensatz zur phobischen Angsthysterie (Phobie) sei die Konversionshysterie nicht mit Angst verbunden und sie sei durch Umwandlung (Konversion) verdrängter Vorstellungen von abgetrennter Libido entstanden. Die zugrundeliegenden sexuellen Vorstellungen sollen sich also durch körperliche Symptome ausdrücken (vgl. z.B. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 180 ff., S. 273 ff.).

Die GPT scheint die Neuroseart der Hysterie nicht zu kennen, jedenfalls gehen die wichtigsten deutschsprachigen Autoren hierauf nicht explizit ein (vgl. z.B. Tausch 1970, Minsel 1974, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 1975, Bommert 1977).

Die VT wiederum behandelt hysterische Symptome mit den verschiedensten Techniken, vor allem mit klassischen Konditionierungen der Aversionstherapie oder mit operanten Verstärkungstechniken (vgl. Eysenck/Rachman 1965/1971, S. 86-94). Die Hysterie soll als bedingter Vermeidungsreflex unter dem Einfluß starker Angst entstanden sein und danach angstreduzierende Wirkung haben. Falls im Laufe der Behandlung oder nach Beseitigung des hysterischen Symptoms Angst (wieder-) auftritt, muß diese nach WOLPE (1958) gesondert behandelt werden, indem eine

der Techniken zur Angstbeseitigung angewendet wird (vgl. Eysenck/Rachman 1965/1971, S. 94).

Ein nicht streng nach der klassischen PA vorgehender Analytiker könnte die Veränderungen der Symptome während der Behandlung als Beleg für die Notwendigkeit einer dynamischen Betrachtungsweise der Neurosen ansehen (MALE) oder für eine phasenspezifische und antizipierende flexible Technik der Behandlung von (Jugendlichen-)Neurosen (EISSLER).

Ein Verhaltenstherapeut würde bei kybernetischer Betrachtungsweise des Behandlungsprozesses ein Neuauftreten von Angstsymptomen diagnostizieren, die in einem zweiten Therapieabschnitt angegangen werden müßten (vgl. z.B. Kaminski 1970 oder Schulte 1974).

Beide psychotherapeutischen Schulen verlangen also eine Berücksichtigung der Besonderheiten der hysterischen Neurosen, indem die zugrundeliegende oder neu auftretende Angst Beachtung findet. Bei lediglich technischer Betrachtungsweise braucht die Frage nach den Ursachen für eine eventuelle Kopplung von Hysterie und Angst nicht diskutiert zu werden. Ob damit aber eine hysterische Erkrankung für einen Klienten einen Sinn bekommt und subjektiv verständlich wird, muß offenbleiben. Ein z.B. an Anzeichen für eine Konversionshysterie leidendes junges Mädchen, das nach dem Geschlechtsverkehr und vielleicht kurzfristig ausbleibender Regel typische Symptome einer Schwangerschaft an sich zu entdecken glaubt, und sei dies nur ein gespannter oder praller Unterleib, dürfte wahrscheinlich nicht durch lokal auf die Muskulatur des Unterleibes zielende Konditionierungen von ihren sehr vielfältig verursachten Problemen moralischer, sexualpädagogischer und psychologischer Art "geheilt" werden können.

Auch die Zwangsneurose wird durch die drei Schulen der Psychotherapie gänzlich verschieden behandelt. Psychoanalytiker werden das Schwergewicht auf die Deutung analer

Triebverdrängungen der frühen Kindheit verlegen, Gesprächspsychotherapeuten wahrscheinlich die Gefühle des inneren Dranges, Ekels vor Unordnung, Schmutz u.ä. verbalisieren. Die VT dagegen empfiehlt bei Zwangsgedanken u.a. die Technik des Gedankenstopps und bei Zwangshandlungen, die angstreduzierende Wirkungen haben, eine Verminderung der innerlich-autonomen Seite der Zwangsneurose, nämlich der Angst, indem z.B. die systematische Desensibilisierung herangezogen wird (vgl. wiederum z.B. Eysenck/Rachman 1965/1971, S. 113-124).

Der Jugendlichenpsychoanalytiker MALE schlägt als Behandlungsmethode eine Verbalisierung der Fehlentwicklungen des sexuellen Triblebens vor, des Zurückweichens vor dem neuauftretenden und angstausschüttenden Ödipuskonflikt und des rigiden Über-Ichs der Eltern-Imagines. Wenn die VT diese möglichen Zusammenhänge zwischen einer Zwangserkrankung und frühen psychosexuellen Lernprozessen nicht durch eine eventuell bis weit in die Kindheit zurückreichende Verhaltensanalyse oder Anamnese herausarbeitet, so könnten viele wichtige Verbindungsglieder zwischen problematischen Motivationskonflikten der frühen Kindheit und der Pubertät verloren gehen - bekanntlich ruft die Pubertät nach FREUD eine Wiederbelebung des Ödipuskomplexes hervor.

Depressive Neurosen mit Suicidgefährdungen können nach Aussagen des Psychoanalytikers MALE (1964/1976, S. 130 f.) bei Jugendlichen zu bedrohlichen Zuständen führen. Als Behandlungstechnik empfiehlt er bei den meist reaktiven Depressionen

"eine erzieherische Betreuung, psychotherapeutische Unterstützung, eine Neuorientierung der Arbeitstechnik und eine Distanzierung vom familiären Milieu;" wir hätten es hier mit einem bedeutenden sozialen Aspekt zu tun.

Plötzlich auftretende vorübergehende depressive Perioden "müssen durch eine aktive und leicht stützende Psychotherapie angegangen werden, auch wenn dabei die Deutungen unterbrochen werden. Sie müssen gleichfalls medikamentös und manchmal auch mit Hilfe einer erzieherischen Betreuung behandelt werden" (a.a.O., S. 131).

Diese mehrdimensionalen Behandlungsvorschläge eines eklektisch orientierten Psychoanalytikers verzichten weitgehend auf die FREUDschen Konstruktionen zur Erklärung von "Trauer und Melancholie" (GW 10, 1917). Die Selbstvorwürfe des Melancholikers hatte FREUD als vom Über-Ich der introjizierten Eltern ausgehend betrachtet, die gegen die eigene Person gewendet würden. Hierdurch ließen sich sadistische und Haßtendenzen befriedigen, um einen offenen Ausdruck von Feindseligkeiten gegen das Liebesobjekt zu vermeiden (vgl. Nagera 1976, S. 58).

Der Gesprächspsychotherapeut BASTINE (1971, S. 468; bzw. s. oben S. 291, aber auch 293) hält die klientenzentrierte Methode für ungeeignet, Depressionen zu behandeln. Da der Klient wahrscheinlich nur negative Gefühle der Trauer, Unlust, Einsamkeit und Selbstvorwürfe äußern wird, müßte der Therapeut nach den Empfehlungen der Therapeutenregel zur "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" diese Motivationen aufgreifen. Durch seine selektive Zuwendung zu den gefühlsmäßigen Äußerungen des Klienten könnte er lediglich das Aussprechen von negativen Gefühlen verstärken, wodurch wahrscheinlich die Depression noch verschlechtert würde.

Die VT dagegen hat für die depressiven Krankheitsbilder in den letzten Jahren eigene spezifische Behandlungsvorschläge entwickelt, die teilweise im Gegensatz zu klassischen psychiatrischen Vorschlägen stehen, aber mit den Empfehlungen von MALE gut vereinbar erscheinen. Der Klient soll zu größerer Aktivität befähigt werden, um eine bessere Befriedigung seiner Bedürfnisse zu erreichen bzw. die Rate der positiven Verstärker zu erhöhen (vgl. besonders Hoffmann/Freese 1975, S. 68 - 76; Hoffmann 1976).

Eine hypochondrische Neurose tritt nach psychoanalytischer Auffassung bei Jugendlichen und jungen Menschen vor allem als intensive Zuwendung zum eigenen Körper bzw. bestimmten Körperteilen auf wie Gesicht, primären und sekundären

Geschlechtsmerkmalen und zur eigenen physischen und psychischen Gesundheit.

MALE (1964/1976, S. 71 bzw. s. oben S. 169 und 170 ff.) hatte als wesentliche Probleme der Pubertät die Identifikation mit dem eigenen Körper und die sexuellen Reifungsveränderungen herausgearbeitet. Bezüglich dieser Lernanforderungen an Jugendliche können die verschiedensten Formen von hypochondrischen Verhaltensweisen auftreten.

Sofern ein Jugendlicher nicht lernt, sich mit seinem eigenen Körper zu identifizieren, sind Zustände möglich, die einer Schizophrenie ähneln oder dem neurotischen Depersonalisationssyndrom. Als Behandlungsziel schlägt der Jugendlichenpsychoanalytiker MALE (1964/1976, S. 93) vor, "den Patienten dahin zu führen, daß er sein Selbstbild akzeptiert." Die GPT versucht ähnliche Ziele durch ihre Behandlungsmethode zu erreichen, denn sie betrachtet gerade die Unterschiede zwischen den Einstellungskomplexen von Idealbild und Selbstbild (Selbstzufriedenheit) als wesentliche Anzeichen für psychische Normalität. Obwohl ROGERS mit Selbstbild nicht so sehr das subjektive Äquivalent des Körperbildes oder Körperschemas meint, sondern mehr die Gesamtheit der Einstellungen und Gefühle der individuellen Besonderheit der eigenen Persönlichkeit, läßt sich seine Technik der verbalen Psychotherapie wahrscheinlich auch für die besonders bei jungen Menschen auftretenden Schwierigkeiten der Identifizierung mit dem eigenen Körper und seinen psychosexuellen Veränderungen verwenden.

Der zweite pubertäre Problemkomplex der sexuellen Reifung und des Eintritts ins normale Geschlechtsleben Erwachsener (MALE) kann ebenfalls durch hypochondrische Erlebnisweisen gestört werden. Die vermehrt auftretenden sexuellen Bedürfnisse Pubertierender sollten nach psychoanalytischer Auffassung zumindest durch autoerotische Praktiken befriedigt werden, ohne Auftreten von Schuldgefühlen, Hemmungen oder Befürchtungen wegen angeblicher gesundheitlicher Schäden. Keine der oben vorge-

stellten Schulen der Psychotherapie betrachtet jedoch die moralischen Fragen und psychologischen Probleme der Sexualität als wichtiges Problemfeld, das durch spezielle Lern- und Bildungsmethoden angegangen werden müßte.

Aufgrund der starken Betonung der Verhaltenskomponenten psychischer Probleme durch die VT muß diese Schule der Psychotherapie vor der Vielfalt der kognitiven Aspekte hypochondrischer Störungen kapitulieren. Spezifische Ängste eines Hypochonders ließen sich zwar durch spezielle Angstbeseitigungstechniken modifizieren, aber die eventuell grundlegenden Fehleinstellungen bezüglich psychosexueller Fragen blieben unberücksichtigt.

5.1.2 Behandlungsvorschläge bei sexuellen Schwierigkeiten und Störungen

Psychosexuelle Probleme lassen sich in drei Gruppen klassifizieren:

- 1.) die sexuellen Probleme im Grenzbereich einer normalen und pathologischen Sexualität, wozu Veränderungen der Stärke der Sexualbedürfnisse zählen und die Onanie;
- 2.) funktionelle Sexualstörungen der männlichen und weiblichen Sexualität und
- 3.) sexuelle Verhaltensabweichungen oder Perversionen.

Sexuelle Probleme, die im Grenzbereich zwischen einer normalen und pathologischen Sexualität liegen, treten besonders in der Jugendphase und unter speziellen räumlichen Bedingungen in Krankenhäusern und Heimen auf, da unter diesen besonderen Lebensumständen sogenannte normale Formen des Geschlechtslebens nicht möglich sind.

Hyper- und Hyposexualität. Aufgrund der biologischen Veränderungen in der Pubertät treten in dieser Altersphase sexuelle Bedürfnisse besonders bei Jungen mit besonderer Heftigkeit auf. Verglichen mit späteren Lebensabschnitten, erreicht die

Libido oder der Sexualtrieb bei vielen Jungen eine Stärke, die mit zunehmendem Alter aus biologischen Gründen abnimmt. Bei Mädchen dagegen scheint zunächst in der Pubertät eine geringere sexuelle Motivation vorzuliegen. Bis ungefähr zum dreißigsten Lebensjahr scheint die Stärke der Libido bei Frauen zuzunehmen, um danach sich abzuschwächen. Aufgrund eventuell angeborener Unterschiede der Stärke des Sexualbedürfnisses treten diese Verläufe auf, die jedoch auch aufgrund verschiedener erzieherischer Einflüsse bei der Mädchenerziehung überformt werden können. Die psychotherapeutischen Schulen nehmen gegenüber diesen Fragen anscheinend keine schulenspezifischen Standpunkte ein.

Masturbation. Sofern Jugendliche ihre starken Sexualbedürfnisse auf autoerotische Weise durch Masturbation befriedigen, treten psychische Konflikte meist als Schuldgefühl oder Gewissensbisse auf. Eine einheitliche Position hierzu wird jedoch von den verschiedenen Schulen der Psychotherapie nicht eingenommen. Die einzelnen Therapeuten berufen sich vielmehr auf unterschiedliche philosophische, religiöse und speziell ethische Auffassungen. Auf der einen Seite wird jede Onanie abgelehnt, auf der anderen dagegen die Ermunterung ausgesprochen, diese Form der Autoerotik zu praktizieren, weil hierdurch wertvolle Erfahrungen mit den biologischen Aspekten der eigenen Sexualität gesammelt werden könnten, die für andere Formen der heterosexuellen Sexualität nur hilfreich seien (vgl. z.B. Goldstein 1975, Sp. 678-683).

Fehlende Onanie bei Jugendlichen oder Erwachsenen, die keine Möglichkeiten zur heterosexuellen (oder homosexuellen) Befriedigung haben, wird von einigen Psychoanalytikern (z.B. MALE) als Anzeichen einer beginnenden pathologischen Entwicklung der psychosexuellen Motivationen angesehen.

Auch FREUD maß den Entwicklungsstadien der autoerotischen und narzißtischen Liebe mit entsprechenden Sexualpraktiken

große Bedeutung für die psychophysische Gesundheit als Arbeits- und Genußfähigkeit bei. Da er seine Auffassung über die Masturbation mehrfach geändert hatte, lassen sich die verschiedenen heute vertretenen Meinungen über mögliche Vorteile oder Gefahren der Selbstbefriedigung mit FREUD-schen Zitaten belegen (vgl. Nagera 1977, S. 520-538). Auch die anderen Psychotherapieschulen vertreten keine schulen-spezifischen Auffassungen zur Onanie, deshalb müssen wir auf die entsprechende Fachliteratur der Sexologie und Sexualpädagogik verweisen. (54)

Petting und Ähnliches. Aus dem Grenzbereich des normalen und pathologischen Sexualverhaltens treten im Jugendalter bestimmte sexuelle Praktiken relativ häufiger als in späteren Lebensphasen auf. Hier ist besonders das Petting zu erwähnen und andere Formen der sexuellen Stimulation und Befriedigung, einschließlich oral-genitaler Praktiken. Da dieses Sexualverhalten von Jugendlichen und Erwachsenen zumeist nur als Ersatzbefriedigung oder vorbereitende Stimulation für den Geschlechtsverkehr betrachtet wird, könnte ein Berater schnell hierüber hinwegsehen. Oft verhindern aber moralische Vorschriften "ungetrübte" Befriedigungserlebnisse durch diese Praktiken und schaffen mit Schuldgefühlen, hypochondrischen Ängsten um gesundheitliche Schäden oder Befürchtungen bezüglich perverser Veranlagungen entsprechende Folgeprobleme, die neurotisierende Wirkungen haben können. Eindeutige und verbindliche Aussagen zu diesen sexuellen Befriedigungsformen machen die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen aber wiederum nicht.

Funktionelle Sexualstörungen. Die häufigsten funktionellen Sexualstörungen Erwachsener sind bei Männern die Impotenz, als Erektions- oder Ejakulationsstörung, und bei Frauen die Frigidität und Anorgasmie.

Da viele Jugendliche erst in der Pubertät die Orgasmusfähigkeit zu erwerben scheinen, ist eine genaue Abgrenzung von funktionellen Sexualstörungen gegen sexuelles oder anderes

Sexualverhalten nicht einfach. Durch eventuell zufällig erworbene Praktiken der Onanie oder entsprechende Vorformen der Selbststimulation können jedoch bei Jungen und Mädchen auch spezielle Arten von Sexualstörungen entstehen, die den funktionellen Sexualstörungen Erwachsener ähneln.

Vor allem Jungen können durch spezielle Praktiken der Onanie Störungen des biologisch-sexuellen Reflexablaufes erwerben, die der Impotenz und Ejaculatio praecox entsprechen.

Gehen wir von dem als normal betrachteten zeitlichen Ablauf des heterosexuellen Koitus aus, nämlich einem für viele Frauen adäquaten Vorspiel, der Einführung des Penis in die Vagina und ausreichend langen Friktionen, so lassen sich verschiedene Formen der Impotenz unterscheiden:

"Ein Mann ist impotent, wenn er unfähig ist,

- (1) sexuelles Verlangen nach einer Frau zu empfinden,
- (2) dadurch eine ausreichende Erektion zu erlangen,
- (3) vermöge derer den Penis in die Vagina einzuführen,
- (4) darin eine zeitlang Friktionen auszuführen,
- (5) auf diese Weise eine Ejakulation auszulösen und
- (6) dabei einen Orgasmus zu erleben, und zwar
 - (a) in einer Situation, in der und
 - (b) mit einer Frau, mit der die meisten Männer in der Lage wären, den coitus auszuüben"

(Schnabl 1974, S. 397).

Sofern aus verschiedenen Gründen ausschließlich die autoerotische oder gegenseitige Onanie praktiziert wird, kann sich durch ein Vorgehen, das dem zeitlichen Ablauf der reflektorischen Sexualbefriedigung nicht entspricht, indem die Ejakulation zu früh ausgelöst wird, bereits eine erektive Impotenz entwickeln (lat. auch Impotentia erectionis). Diese Art der männlichen Potenzstörung ist aber wahrscheinlich durch verbale Methoden der Psycho-

therapie oder Sexualberatung nicht zu heilen. Die PA oder GPT könnten zwar die verschiedenen Einstellungen und Motivationen ansprechen, die bei einem Jungen oder Mann auftreten, der an der Impotentia erectionis leidet, eine der Art dieser Störung entsprechende Sexualberatung müßte aber auch Wege aufzeichnen, die Fähigkeit zur Erektion wiederzuerlangen. Offensichtlich ist aber die Erektion keine verbale Tätigkeit, sondern eine reflektorisch ablaufende körperliche Reaktion. Die entsprechenden manipulativen Tätigkeiten zur Wiedererlangung der Erektion müssen also vom Sexualberater konkret angesprochen werden. Wahrscheinlich sind in diesem Falle neben den anderen Methoden auch verhaltenstherapeutische Anleitungen notwendig, die sich auf die verschiedenen Handlungen bei der Onanie beziehen, besonders auf die Herbeiführung einer ausreichenden Versteifung des Penis, die auch anhalten sollte, bis eine sexuell normal empfindende Frau den Orgasmus erlangt. Nach SCHNABL (1974, S. 408) sollte dies mindestens eine Minute sein.

Neben den Erektionsstörungen treten bei Männern häufig auch die Ejakulationsstörungen des vorzeitigen Samenergusses (ejaculatio praecox) auf. Trotz entsprechender Definition dieser Sexualstörung, die auf den normalen Koitus Bezug nimmt, können häufige und zu schnelle Onanie den Reflexablauf der männlichen Sexualität so abkürzen, daß bei späterer Aufnahme eines normalen Geschlechtsverkehrs diese Ausprägungen des sexuellen Reflexmechanismus sich störend bemerkbar machen. Auch hier sind verhaltenstherapeutische Hilfen angebracht.

Ob aber wegen dieser Möglichkeiten der Entwicklung einer erektiven Impotenz oder einer vorzeitigen Ejakulation durch die männliche Onanie ein Verbot der Onanie für pubertierende Jungen das richtige erzieherische Mittel ist, muß ernstlich bezweifelt werden. Da über 90 % aller Jungen onanieren, darf wahrscheinlich eher angenommen werden, daß gerade wegen des Verbotes der Selbstbefrie-

digung durch verschiedene Sexualpädagogen diese Störungen eher befördert werden. Einige Jungen werden sich wahrscheinlich nämlich sagen, daß sie diese "Befleckung ihres Körpers" wenn schon nicht verhindern, dann wenigstens möglichst schnell hinter sich bringen müßten.

Auf die notwendige Diskussion der moralischen Fragen der Onanie müssen wir hier wiederum verzichten, jedoch nicht nur deshalb, weil die von uns u.a. empfohlene VT diese Fragen nur schwerlich aufgreifen könnte, sondern weil wir unseren roten Faden der vergleichenden Diskussion der Techniken der Psychotherapie dabei aus dem Augen verlieren würden.

Den funktionellen Sexualstörungen der Impotenz und Ejaculatio praecox bei Jungen und Männern entsprechen die weiblichen Formen der Frigidität und Anorgasmie. Die Schwierigkeiten der Eingrenzung von Sexualstörungen bei pubertierenden Jungen sind bei Mädchen noch sehr viel größer, weil ein großer Prozentsatz keinerlei Onanie- oder Koitus-erfahrung besitzt. Hier aber von Hyposexualität zu sprechen, ist wahrscheinlich nicht angebracht. Aufgrund der sehr viel strengeren Sexualerziehung der Mädchen läßt sich wahrscheinlich die größere sexuelle Enthaltsamkeit oder Zurückhaltung von pubertierenden Mädchen, aber auch erwachsenen Frauen erklären. Ob auch spezielle Besonderheiten der weiblichen Sexualität und ihrer Entwicklung in der Pubertät für den größeren Anteil sexueller Abstinenz verantwortlich gemacht werden müssen, wollen wir hier nicht diskutieren.

Bei jugendlichen oder erwachsenen Frauen treten die Frigidität und die Anorgasmie nach neuesten Erhebungen aus der BRD sehr viel häufiger auf als die entsprechenden funktionellen Sexualstörungen der Jungen oder Männer (vgl. z.B. Schwarzer 1975). Von Frigidität im strengen Sinne kann man bei pubertierenden Mädchen wahrscheinlich noch nicht sprechen, wenn keinerlei Onanie- oder Koitus-erfahrungen vorliegen. Bei einem Jungen dürfte man in diesem Falle mit großer

Wahrscheinlichkeit auf eine evtl. angeborene geringe Triebstärke der Libido schließen und/oder auf starke neurotische Hemmungsmechanismen. Ein sexuell empfindungsloses Mädchen dagegen mag sich noch in einer Situation befinden, die dem "Schlaf von Dornröschen" ähnelt. Durch die zärtlichen und sexuellen Ansprüche und Handlungen eines anderen Menschen müssen evtl. die schlafenden Sexualbedürfnisse eines Mädchens erst geweckt werden.

Die Anorgasmie bei Frauen oder Mädchen, die bereits sexuellen Stimulationen ausgesetzt waren, kann in sehr verschiedenen Formen auftreten. Nach SCHNABL (1974, S. 378) lassen sich, grob vereinfacht, diese nennen:

"Frauen, die gern Liebkosungen mögen, aber genitale Annäherungen des Mannes indifferent oder gar unangenehm empfinden; solche, die auch ein gewisses sexuelles Verlangen entwickeln und Berührungen erogener Zonen wohlthuend erleben, jedoch in coitu nach initialer Erregung die Libido verlieren, mitunter bis zur Aversion; Frauen, die nur bei manchen Partnern, und solche, die ausschließlich in bestimmter emotionaler Verfassung, unter speziellen äußeren Bedingungen oder durch Anwendung besonderer koitaler Techniken oder manueller Stimulation orgasmisch reagieren."

Durch eine gezielte biographische Exploration lassen sich die Ursachen und Bedingungen dieser Störungsformen herausarbeiten. Weder die freie Assoziation noch die Selbstexploration der PA und GPT werden hier ausreichen, um die vielfältigen Informationen für eine erfolgreiche Therapie zur Verfügung zu stellen. Nur eine Gesprächs- oder Befragungstechnik, die keinen schulenspezifischen Begrenzungen unterliegt, kann die möglichen Anlässe und Ursachen dieser weiblichen funktionellen Sexualstörungen herausheben, die übrigens auch bei den entsprechenden männlichen Störungen vorliegen können.

Die wesentlichen Ursachen sind diese:

"vor allem das Sexualstreben hemmende Einstellungen, Haltungen, Ideologien, Ansichten, Meinungen, Dressate, Vorurteile, Vorerfahrungen, Irrtümer, Bedenken, Befürchtungen, Ängste, Zwangsvorstellungen, Willensakte, Prinzipien, moralische Skrupel, Gewissenskonflikte, Schuldgefühle, falsche Erwartungen, Aversionen, Verdrängungen, Sublimierungen oder Regressionen auf prägenitale Entwicklungsstufen, Insuffizienzgefühle, Fremdeinflüsse, Ablenkungen, unphysiologische Techniken, zerrüttete seelische Partnerbeziehungen und Partnerabwertung, Ungeschick des Partners, dessen mangelndes Einfühlungsvermögen, Verspannungen, negative bedingt-reflektorische Koppelungen und Assoziationen und vieles anderes mehr, wodurch der Weg von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Orgasmus mannigfaltig versperrt, blockiert und verbaut sein kann" (Schnabl 1974, S. 378).

Auf eine genaue Zuordnung der bisher vorgestellten Techniken aller drei Schulen der Psychotherapie/Beratung zu diesen Ursachen müssen wir verzichten. Keine der einzelnen Methoden ist in der Lage, diese vielfältigen Probleme allein anzugehen. Nur eine differentielle Methodik, die ohne "dogmatische"-Begrenzungen die positiven technischen Momente der verschiedenen Schulen aufgreift, wird in der Lage sein, auf diese sehr unterschiedlichen Ursachenbündel sexueller Störungen einzugehen.

Sexuelle Verhaltensabweichungen oder Perversionen. Die psychischen Störungen der Perversionen des Erwachsenenalters treten auch bei Jugendlichen in etwas abgewandelter Form auf. Nach psychoanalytischer Auffassung ist die Perversion eine Regression auf eine frühe Stufe der Fixierung der Libido. Die polymorph perverse Anlage der infantilen Sexualität erfährt während der Entwicklungsphase der Pubertät eine Unterordnung unter die neue Organisation der genitalen Sexualität. Die VT beschreibt hingegen die Lernmechanismen des Erwerbs ganz spezifischer Konditionierungen, Verhaltensweisen und Erlebnisse.

Die psychiatrische Nomenklatur unterscheidet zwischen der Perversität und Perversion. Man spricht von einer PERVERSITÄT, sofern eine abnorme oder abartige Sexualhandlung nur

gelegentlich neben anderen sexuellen Techniken praktiziert wird. Ist jemand jedoch außerstande, "ANDERS ALS MIT HILFE DER ABNORMEN PRAKTIKEN oder einer entsprechenden Phantasiestütze zu einer beträchtlichen Sexualerregung und ZUM ORGASMUS ZU GELANGEN (...)", so liegt eine PERVERSION vor (Wendt 1974, S. 427).

Nach einer relativ neuen Untersuchung von IMIELINSKI (1965), der 250 Fälle von Perversionen erfaßt hat, traten Perversionen im Jugendalter zu 54 % auf, im reifen Erwachsenenalter nur zu 15 % und bei alten Menschen wiederum zu 32 % (vgl. Wendt 1974, S. 442).

Der Autor erklärt die unterschiedlichen Häufigkeiten durch drei die Perversion begünstigende Faktoren: "a) Intensität und Stärke des Geschlechtstriebes, b) mangelnde Möglichkeiten normalen Geschlechtsverkehrs, c) Fortfall moralischer Hemmungen" (a.a.O.). Bei 32 % seiner Fälle wurde eine längere Zeit der Abstinenz zur Ursache der Perversion.

Da die Perversionen oft schon in früher Kindheit erkennbar sein können und (evtl.) zu einem Teil der Persönlichkeitscharakteristik werden, kann nur eine mehrdimensionale und umfassende Behandlung diese Störungen beheben.

Bei starken Verboten sexueller Empfindungen und Handlungen durch Eltern u.a. bereits seit früher Kindheit und "mangelnde(n) Möglichkeiten normalen Geschlechtsverkehrs" (Imielinski 1965) nach Zunahme des Geschlechtstriebes in der Pubertät geraten wahrscheinlich viele dieser Jugendlichen in starke moralische Konflikte und Abwehrkämpfe mit ihrer Sexualität.

Der Psychoanalytiker EISSLER (1966) hält die Perversionen bei Jugendlichen für eine phasenspezifische Abweichung von der Norm, die durch eine flexible Technik behandelt werden sollte. Nach der obigen Unterscheidung zwischen Perversität und Perversion liegt es nahe, die abnormen sexuellen Handlungs- und Erlebnisweisen Jugendlicher als nur kurzfristig praktizierte Perversität zu betrachten, die zumeist

neben normalen Selbststimulations- und -befriedigungstechniken praktiziert wird.

Mit Hilfe der genetisch oder individual-historisch vorgehenden Methode der (Neo-)PA sollten die pathogen wirkenden Einflüsse der Familienerziehung herausgearbeitet werden, damit der Jugendliche die Entstehung seiner psychosexuellen Störungen der Perversität (oder Perversion) erkennt und die Bedeutung dieser Störung für seine Persönlichkeit beurteilen lernt.

Neben den objektiven Momenten des Ursachenbündels sollten auch die subjektiven Verarbeitungsweisen, Motivationen und Erlebnisse herausgearbeitet werden. Hier kann die phänomenologisch vorgehende GPT zu neuen Einsichten und Lernergebnissen verhelfen, indem sie die gefühlsmäßigen Momente sprachlich faßbar macht, um sie evtl. auch mit theoretischen Konzepten dieser oder einer anderen Schule der Psychotherapie zu konfrontieren. Die heilungsnotwendigen Handlungen zur Reduzierung und Ausschaltung der Perversitäten oder Perversionen lassen sich in konkrete verhaltenstherapeutische Lernprogramme umsetzen, damit die notwendigen Lernprozesse zum Erwerb neuer sexueller Praktiken der Autoerotik und partnerbezogenen Zärtlichkeit und Sexualität erleichtert und der Abbau unerwünschter Praktiken gefördert wird. Der eigengesetzliche Automatismus der Perversitäten und Perversionen muß durch willensmäßige Steuerungen durchbrochen werden, was bei Jugendlichen und Erwachsenen wahrscheinlich besonders gut durch Lernprogramme der Selbstkontrolle erreicht werden kann.

5.2 Soziales und dissoziales Lernen

Das Erziehungsziel des sozialen Verhaltens und das Niveau einer selbstverantwortlich und nach zumeist hohen ethischen Maßstäben handelnden Persönlichkeit, die den Willen aufbringt, auch gegen die eigenen Bedürfnisse und (An-)Triebe

zu handeln, sofern sie anderen Menschen Schaden im weitesten Sinne zufügen, wird nur von wenigen (Sozial-)Pädagogen, Psychologen, Soziologen und Ärzten in Frage gestellt. Im Arbeitsbereich der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und der entsprechend orientierten Jugendlichenpsychotherapie und -beratung sowie im psychiatrischen Gesundheitswesen, aber auch im Strafvollzug, werden Personen, die sich nicht sozial verhalten (und/oder die nicht sozial erleben), als abweichend, abnorm, psychopathisch, kriminell, verwahrlost oder dissozial angesehen und evtl. Einwirkungen oder Ausschließungen von anderen Menschen unterzogen, um sie zu einem sozialen Verhalten (und Erleben) zu bewegen oder andere vor Schaden zu bewahren.

Die Jurisprudenz und der Strafvollzug "behandeln" junge und alte Menschen, die gegen die sozialen u.a. Normen des Rechts verstoßen. Die Erwachsenen- und Jugendkriminalität hatten wir bisher nur beiläufig behandelt.

Der sozialpädagogisch orientierte Erziehungsbereich der Heim- und Fürsorgeerziehung für verwahrloste (Kinder und) Jugendliche erfaßt junge Menschen, deren Persönlichkeitsentwicklung nach staatlich formulierten Maßstäben des Jugendwohlfahrtsgesetzes nicht adäquat verlaufen ist und die durch staatliche Maßnahmen der Neu- und/oder Umerziehung zu normalem und sozialem Verhalten und Erleben geführt werden sollen. Da zumeist aus verwahrlosten Jugendlichen erwachsene Kriminelle werden und die Ursachen und Erscheinungsformen beider Formen von Dissozialität wenig unterschiedlich sind, werden wir hier stärker die Gemeinsamkeiten bei den abweichenden (Erlebens- und) Verhaltensweisen betonen. Im Zusammenhang der Darstellung der flexiblen antizipierenden Technik des Psychoanalytikers EISSLER (1966) sind wir auf die Behandlung von verwahrlosten Jugendlichen eingegangen.

In diesen zusammenfassenden Schlußbemerkungen können wir lediglich die Vorschläge der hier vorgestellten psycho-

therapeutischen Schulen aufführen, sofern sie auf die Dissozialität von Jugendlichen in Form von Kriminalität oder Verwahrlosung eingehen.

Die PA unterscheidet u.a. zwischen mehr neurotischen Formen der Verwahrlosung, Kriminalität und der Psychopathie (vgl. zum folgenden Moser 1972, S. 154 ff.). Unter technischem Aspekt betrachtet, d.h. bei therapeutischem Interesse, lassen sich nach AICHHORN diese Unterschiede feststellen:

"Dem 'neurotischen' Dissozialen vermindern sich die extrem hohen Anforderungen des Über-Ichs durch Identifizierung mit Zügen, die 'Milde und Güte' enthalten. Beim 'hemmungslosen Triebmenschen' muß ein Über-Ich erst aufgerichtet werden, in die Identifikation müssen 'erhöhte Forderungen' einfließen" (Moser 1972, S. 161).

Andere Formen von Verwahrlosung und Kriminalität werden von psychoanalytischen Theoretikern auf Über-Ich-Lücken zurückgeführt, auf Abwehrprozesse des Psychopathen sowie auf die Einflüsse der Eltern in einem projektiven Familiensystem (H. E. RICHTER). Als zentraler Begriff der psychoanalytischen Auffassung wird überwiegend die Identifikation angeführt, wenn die Entwicklung der moralischen Instanzen des Über-Ichs oder Gewissens erklärt werden soll (vgl. wiederum Moser 1972, S. 166 ff., 187 ff.).

Die Technik der Psychoanalyse zur Behandlung von Dissozialitäten setzt sich nach AICHHORN das Ziel, jugendlichen Rechtsbrechern die Möglichkeit zu geben, "das ihm fehlende Stück seiner Entwicklung nachzuholen" (Aichhorn 1966; zit. n. Hartmann, 1973, S. 127).

Die psychoanalytische Behandlung von verwahrlosten Jugendlichen verlangt nach HARTMANN (1973, S. 129) eine Modifikation der klassischen Standardmethode der analytischen Therapie. Um die hohen Abstraktionsforderungen der PA zu vermindern, solle man weitgehend von den analytischen Prozessen, von der Interpretation und Reflexion absehen. Hiermit scheint der Autor die Empfehlung an den Therapeuten aussprechen zu wollen, auf das technische Kernstück

der PA, die Verbalisierung von Deutungen, zu verzichten. Ferner habe eine geringe Kooperation der Verwahrlosten zur Folge, daß der Patient häufig zu den Behandlungsterminen verspätet oder gar nicht erscheine (vgl. a.a.O.). Die klassische Deutung würde dieses Verhalten als Widerstand bezeichnen. Außerdem sei die Bestätigungsintensität oder die Größe der Gefühlszuwendung innerhalb der PA, verglichen mit der GPT, nur gering. Wegen der immensen Bestätigungsbedürfnisse des Verwahrlosten dürfe der Analytiker dem Jugendlichen aber nicht zu intensive Gefühle entgegenbringen. Als Erklärung für diese Therapeutenempfehlung zur kühlen Zurückhaltung, die FREUD mit der Neutralitäts- und Gegenübertragungsregel angesprochen hat, führt HARTMANN (1973, S. 129) an, daß der Verwahrloste in der Regel in bezug auf Bindungen so sehr verunsichert sei, daß er neuerliche Bindungsangebote zu sabotieren neige, um sich weitere Frustrationen zu ersparen. Anna FREUD hätte dieses Verhalten durch den Abwehrmechanismus der Libido-Flucht erklärt (s. oben S. 133).

Anders als der PA versucht die GPT, dissoziale Jugendliche zu behandeln (vgl. zum folgenden bes. Minsel 1973).

Die Standardmethode der Realisierung der drei Therapeutenvariablen als Antwort auf die Selbstexploration des Klienten sei häufig durch andere Methoden ergänzt worden:

- "a) Als Erleichterung in der Psychotherapiestunde etwa Vorschlägen von Themen, Stellen von Fragen usw. Diese Maßnahmen sollten im wahrsten Sinne des Wortes als klientenzentriert anzusprechen sein, d.h. auf den jeweiligen Jugendlichen in der augenblicklichen Situation zugeschnitten sein.
- b) Als Erleichterung in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Gemeint ist hier eine direkte Lebenshilfe. Das erfordert vom Psychotherapeuten aktives Handeln im Umweltraum des Klienten nach dessen Vorstellungen und Bedürfnissen (z.B. Hilfe bei der Stellensuche; Gespräche mit Vorgesetzten, Erziehern usw.). Hier zeigen sich einige Affinitäten zur Milieupsychotherapie (Cumming und Cumming 1968)" (Minsel 1973, S. 134 f.).

Während die PA bei der Behandlung Verwahrloster also durch Verzicht auf wichtige Therapeutenempfehlungen reagiert, aber die spezifischen Besonderheiten dieses jugendlichen Fehlverhaltens berücksichtigt, bleibt die GPT bei ihrer klassischen Behandlungsmethode und ergänzt sie durch technische Elemente anderer Schulen der Psychotherapie, wobei die unterschiedlichen Formen der Verwahrlosung durch die Indikations-, Kontraindikationsfrage "Berücksichtigung" finden (vgl. Minsel 1973, S. 132 f.).

Die VT wiederum setzt sich explizit das Ziel, die Formen der Interaktion innerhalb der sozialen Gruppen, die das dissoziale Verhalten verursacht haben, zu verändern, indem die Verstärkungskontingenzen oder Möglichkeiten der Befriedigung von Bedürfnissen anders geplant werden (vgl. Schulte 1973, S. 139 ff.).

Die wichtigsten Methoden sind operante Konditionierung oder Veränderung des Verstärkungsverhaltens in Heimen, Schulen oder Familien, außerdem positives Verhaltens-training durch Modellernen und Rollenspiel zum Aufbau neuer Verhaltensweisen (vgl. a.a.O., S. 140 f.).

Trotz spezifischer Unterschiede der Vorgehensweise der drei psychotherapeutischen Schulen bei der Behandlung Verwahrloster und Krimineller zeigen sich doch bedeutungsvolle Gemeinsamkeiten in der fehlenden Berücksichtigung moralischer und volitiver Aspekte der Dissozialitätsbehandlung.

Auffällig ist die wenig spezifische Terminologie dieser drei Schulen, die nicht explizit auf die ethischen Fragen der Dissozialität und Soziabilität eingehen. Auch die individuellen Probleme moralischer Art eines Verwahrlosten oder Kriminellen werden nicht präzise kategorial erfaßt, sondern auf individuelle oder familienspezifische Besonderheiten zurückgeführt.

Wir hatten mehrmals die "doppelte" Moral eines psycho-

therapeutischen Handelns herausgearbeitet, die darin besteht, daß die ethischen Maßstäbe für Psychotherapeut und Klient die gleichen zu sein scheinen, aber bei Betrachtung des Geltungsbereiches der beiden Ethiken sich als unterschiedlich erweisen. Ganz besonders bei der Analyse der Berechtigung und Notwendigkeit von Aggression hatten wir die Widersprüche herausgearbeitet, welche sich durch triebtheoretische Begründungen ergeben, wenn die grundlegenden ethischen Fragen ausgeklammert bleiben. Eine Erziehung zu sozialem Verhalten und Erleben sowie die Nacherziehung eines Dissozialen sollte aber nicht bereits durch Verleugnung ethischer Fragen erschwert werden.

Da die volitiven Aspekte einer Sozialerziehung auch nicht ausreichend berücksichtigt werden, können die Behandlungsvorschläge der einzelnen Schulen ebenfalls nicht den vielfältigen psychologischen Seiten der Soziabilität gerecht werden.

Ein weiterer Aspekt der Lernergebnisse von Psychotherapie oder Beratung, der in diesem Zusammenhang behandelt werden müßte, ist die Charaktererziehung. Schon der Begriff für die erzieherischen Bemühungen zur Entwicklung des Charakters eines Menschen scheint bis heute keine große Beachtung gefunden zu haben. Die psychologische Persönlichkeitsforschung hat zwar nur selten auf den Charakterbegriff verzichtet, aber die entsprechenden Lernprozesse zur Herausbildung des individuellen Charakters nicht genauer untersucht. Lediglich in der Psychiatrie und Psychoanalyse scheint die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Charakters von Menschen nicht vergessen worden zu sein, da sie mit den Störungen der Persönlichkeit konfrontiert waren, den Charakterneurosen und Psychopathien.

5.3 Berufliches Lernen

Die Jugendlichenpsychotherapie wird anscheinend nur wenig mit den Problemen des Berufes und der Arbeitswelt von

psychisch Kranken konfrontiert. Als therapeutisches Mittel hat die Psychiatrie zwar die Berufstätigkeit bzw. Arbeit oder Beschäftigung anerkannt, indem sie Arbeitsrehabilitation i.w.S. betreibt; die generelle Bedeutung des Berufseinstiegs und der Arbeit für die psychische Gesundheit von Jugendlichen sowie für die Entstehung psychischer Erkrankungen wurde jedoch nicht zuletzt entsprechend der auf die frühe Kindheit konzentrierten PA weitgehend übersehen.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, ebenfalls die Erziehungsberatung, machten die Intelligenzstörungen und Schulschwierigkeiten schon immer eine große und bedeutsame Gruppe der Nosologie aus (vgl. z.B. Harbauer 1975, S. 71 ff., 144 ff.). Die Erwachsenenpsychiatrie dagegen hat keine entsprechende nosologische Kategorie für psychische Störungen der Berufstätigkeit entwickelt, abgesehen von der Beschäftigungsneurose. Nach PETERS (1974, S. 54) könne man jedoch bei diesem Unvermögen, einzelne, gewöhnliche berufliche Beschäftigungen auszuüben, nicht davon ausgehen, daß der Beruf oder die Beschäftigung die Ursache der Neurose seien, sondern sie seien lediglich für die Symptomwahl bestimmend.

Die unterschiedlichen Dimensionen der Schul- und Arbeitsprobleme werden von den drei hier behandelten psychotherapeutischen Schulen mit verschiedener Ausführlichkeit in ihr technisches Kalkül aufgenommen.

Die PA scheint die Schulschwierigkeiten von Jugendlichen, die beruflichen Versagungszustände junger Menschen und die Leistungsminderungen psychisch Kranker zwar nach ihrer spezifischen psychologischen Theorie weitgehend geklärt zu haben, wobei sie sich überwiegend auf die Motivationspsychologie beschränkt, entsprechende therapeutische Vorschläge zur Behandlung und beruflichen Rehabilitation wurden aber nur spärlich entwickelt. - Genau umgekehrt dagegen scheint die Lage bei der VT zu sein.

Der Neo-Psychoanalytiker QUINT (1975) hat aufgrund seiner klinischen Erfahrungen mit 18 männlichen Patienten im Alter von 15 bis 21 Jahren den typischen Verlauf eines neurotischen Versagungszustandes im Jugendalter beschrieben. In der ersten Etappe erfolgt eine "kränkende Konfrontation mit dem eigenen Versagen", dann ein "Kampf um die Selbstrechtfertigung mit Hilfe der Leugnung der eigenen Unvollkommenheit" und in der letzten dritten Etappe ein "Zusammenbruch von Ichfunktionen und Wiederbelebung infantiler narzißtischer Einstellungen" (Quint 1975, S. 276).

Dieser dreistufige Verlauf einer Störung des Arbeitsverhaltens könne mit Schulschwierigkeiten oder Lernstörungen beginnen und über verschiedene Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel zu einem Totalversagen und einer Einweisung in stationäre Behandlung führen mit den Diagnosen der Psychopathie oder Schizophrenie.

Nach psychoanalytischer Theorie werden berufliches Versagen oder Leistungsstörungen durch Verdrängungen und pathologische Abwehrprozesse zumeist frühkindlicher Konflikte erklärt.

FREUD selbst deutete die "neurotische Denkhemmung" und den "neurotischen Denkwang" (vgl. Freud 1905, GW 5, S. 27 ff.; ders. 1910, GW 8, S. 127 ff.) durch angstbereitende Entdeckungen der frühkindlichen Wißbegierde, die sexuelle Interessen verfolgen, bzw. durch Verknüpfung sexueller Wißbegierden mit verdrängten Triebregungen, wodurch die gedankliche Beschäftigung mit Sexualität, Schwangerschaft, Geburt usw. an die Stelle der sexuellen Befriedigung selbst treten kann (vgl. Freud 1910, GW 8, S. 146; ferner Lüders 1967, S. 919).

Andere Psychoanalytiker haben die leistungsmindernden Auswirkungen von Konflikten in den verschiedensten Phasen der psychosexuellen Partialtriebe nachzuweisen versucht (vgl. zum folgenden Lüders 1967). Unbewältigte orale und oral-aggressive Triebtendenzen könnten zu Arbeitsstörungen führen, weil angeblich eine dynamische Verwandtschaft

zwischen der Nahrungs- und Wissensaufnahme bestehe (Pearson 1952). Die charakteristischen Symptome des Aufschiebens der Arbeit, der Schuldgefühle und Angst usw. wurden auch als Wiederbelebung von Sexualproblemen aus der analen Phase gedeutet (Heimann 1962). Die ödipalen Konflikte der phallischen Phase können nach FREUD (1915, GW 10, S. 370) ebenfalls an Leistungsproblemen beteiligt sein, indem Inzestwünsche durch Verzicht auf Erfolg eine Wiedergutmachung erfahren (vgl. Lüders 1967, S. 922). Ferner könnten sich durch unbewußte Konflikte der Väter oder anderer Erziehungspersonen (Grunebaum u.a. 1962), aber auch durch aggressive Impulse gegen Eltern und Lehrer (vgl. Lüders 1967, S. 923) Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit ergeben.

Neuere Auffassungen der PA erklären die neurotischen Störungen der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit mit dem Konzept des Narzißmus. Nach QUINT (1975, S. 275) und LÜDERS (1967, S. 931) seien diese Patienten über Gebühr narzißtisch kränkbar, ihre narzißtischen Energien würden nicht transformiert.

Ebenfalls aus der PA liegen neben diesen genetischen Hypothesen und theoretischen Erklärungsversuchen auch ausführliche phänomenologische Beschreibungen der Arbeitsstörungen vor. Da die GPT überwiegend die phänomenologische Methode benutzt, ließen sich diese Selbstschilderungen von Patienten nach entsprechenden "Säuberungen" von psychoanalytischen Fachbegriffen auch in idealtypische Fallbeschreibungen der klientenzentrierten GPT übersetzen (vgl. Lüders 1967, S. 923 ff.). Der Psychotherapeut hätte die Selbstexploration des Klienten in konkrete und anschauliche Empfindungsbeschreibungen zu kleiden, vorgehend nach der Therapeutenempfehlung der "Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten" (Schwartz 1975, VEE-7).

Während sich über die Phänomenologie der schulischen und beruflichen Lernstörungen noch partielle Übereinstimmungen

zwischen PA und GPT auffinden lassen, weichen die Behandlungsvorschläge beider Schulen bereits beträchtlich voneinander ab. Die theoretischen Deutungen und historischen Rückgriffe der PA auf die frühkindliche Sexualentwicklung werden von der GPT ersetzt durch die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisse im Zusammenhang mit den in der kürzeren Vergangenheit liegenden Arbeits- und Lernsituationen.

Das therapeutische Vorgehen der VT dagegen ist stärker in eine diagnostische und therapeutische Phase des Behandlungsprozesses strukturiert. Die verhaltenstherapeutische Diagnose von Arbeits- und Lernschwierigkeiten beschränkt sich nicht wie überwiegend die PA auf Analyse der motivationalen Aspekte und deren Entstehungsgeschichte, sondern sie erfaßt auch die äußeren Arbeitsbedingungen und die vielfältigen subjektiven Determinanten, wodurch das Arbeits- und Lernverhalten bedingt ist, nämlich kognitive und kreative Prozesse, ferner die individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen sowie den Wissensstand des Patienten; aber auch motivationale Fragen werden nicht übersehen, vor allem die Einflüsse der Leistungsmotivation (vgl. bes. Florin, Rosenstiel 1976).

Der Mitteleinsatz der VT zur Behandlung von Arbeitsstörungen orientiert sich an einem Zielmodell eines Leistungsverhaltens, das durch eine einfache Gleichung von Leistungsdeterminanten veranschaulicht werden kann.

Nach FLORIN/ROSENSTIEL (1976, S. 25 ff.) hängen Leistungsergebnisse

"von der Situation (S) ab, in der sie entstehen, und von der Person, die sie erbringt. Differenziert man die Leistungsdeterminanten innerhalb der Person in Fähigkeiten/Fertigkeiten (FF) und Motivation (M), so ist das Leistungsergebnis (L) eine Funktion der situativen Gegebenheiten, der Fähigkeiten/Fertigkeiten sowie der Motivation:

$$L = f (S \times FF \times M)$$

Bei der äußeren Situation wird zwischen räumlichen, zeitlichen, materiellen und sozialen Bedingungen differenziert, die der Leistung förderlich oder hinderlich sind. (...)"

An einem scheinbar gänzlich anderen Zielkonzept eines ungestörten Leistungsverhaltens orientiert sich dagegen die PA. Um die Gegensätze der Auffassungen beider psychotherapeutischen Schulen über die Abhängigkeiten oder Determinanten der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit klar erkennbar werden zu lassen, soll anhand eines längeren Zitates die psychoanalytische Vorstellung von Leistung kontrastierend wiedergegeben werden.

"Wir können sagen, daß theoretische Leistungen nur entstehen können, wenn - strukturell gesehen - die Aktivität der Ichfähigkeiten - und dies sind die differenzierenden, organisierenden und synthetischen Funktionen, ist die Ausübung der Realitätsprüfung und die Erhaltung des Realitätsprinzips -, wenn die Aktivität dieser Fähigkeiten weder durch die Grenzssetzungen des Über-Ichs eingeschränkt, noch durch die Ansprüche des Ichideals gelähmt, noch durch die Aufrechterhaltung einer vielseitigen Abwehr gebunden wird. Daß theoretische Leistungen - dynamisch gesehen - nur entstehen können, wenn Konflikte vorwiegend interstrukturell und nicht auf dem Wege über die Objektbeziehungen gelöst werden, Objekte also nicht zu bedürfnisregulierenden Instanzen werden; wenn die Objektbeziehung nicht in den Bedürfnis-Befriedigungs-Rhythmus gerät, Straf- und Liebeserwartungen nicht zum manipulativen Objektumgang führen (Moser, 1964, S. 67), narzißtische Besetzungen des Selbst die Besetzung von Objektrepräsentanzen nicht gänzlich verhindern. Daß theoretische Leistungen - ökonomisch gesehen - nur entstehen können, wenn sekundäre Prozesse eine regulative Funktion auf die mit Triebenergien arbeitenden Primärprozesse ausüben, Triebentspannung nicht nach dem Lustprinzip, nicht auf direktem Wege und auch nicht mit Hilfe der Mechanismen der Verschiebung, der Verdichtung, der Ersatzbildung und Symbolisierung erreicht wird (Rapaport, 1959, S. 54), sondern Triebenergien durch die Sekundärprozesse und die sie unterstützenden Substrukturen des Ichs gebunden werden, und so eine Transformation dieser Energien zur Delibidinisierung und Deaggressivierung, zur Neutralisierung und Sublimierung möglich wird" (Lüders 1967, S. 930).

Wenn wir auf einen genauen Vergleich beider Leistungskonzepte verzichten und uns auf die technischen Konsequenzen beschränken, die sich für die Therapie von Leistungsstörungen ergeben, so zeigen sich verblüffende Ergebnisse.

Die PA begnügt sich nämlich mit einigen allgemeinen Statements zur Technik.

Nach QUINT (1975, S. 276) stelle die Behandlung eines jugendlichen Patienten mit neurotischen Versagungszuständen "eine äußerst schwierige Aufgabe dar." Man neige angeblich fälschlicherweise eher zu "pädagogische(n) Maßnahmen", bevor der Arzt zur Hilfe herangezogen werde, wodurch ein langdauernder Versagungsprozeß entstehe. Medikamente könnten nur vorübergehend helfen. Für eine psychoanalytische Therapie fehle die notwendige Motivation.

QUINT kommt schließlich zu diesem Behandlungsvorschlag:

"Die einzige Möglichkeit besteht zunächst darin, eine stützende Psychotherapie durchzuführen. Bei einigen Patienten gelingt es nach längerer Zeit eine auf Verselbständigung zielende psychoanalytisch orientierte Therapie anzuschließen, bei anderen muß der Psychotherapeut sich darauf einrichten, über Jahre als Sicherheit gebende gleichsam mütterliche Person zur Verfügung zu stehen, damit eine ausreichende Ich-Stabilität erreicht wird" (Quint 1975, S. 276).

Der Psychoanalytiker LÜDERS (1967) verzichtet gänzlich auf die Entwicklung von Behandlungsvorschlägen, obwohl er glaubt, strukturell, dynamisch und ökonomisch gesehen, das Leistungsverhalten genau analysiert zu haben.

Die verhaltenstherapeutischen Vorschläge zur (Diagnose und) Therapie von Leistungsstörungen der Autoren FLORIN/ROSENSTIEL (1976) orientieren sich an dem funktionalen Modell von Leistung, welches oben wiedergegeben wurde.

Die PA und GPT strukturieren im Gegensatz zur VT den Behandlungsprozeß nicht nach diagnostischer und therapeutischer Phase, sondern die ersteren verstehen das Gespräch zwischen Therapeut und Patient sowohl als diagnostische Informationssammlung als auch als therapeutische Änderungsintervention.

Die VT dagegen versucht, zunächst die Störungsquellen des Arbeitsverhaltens zu diagnostizieren, wobei sie sich an dem oben referierten Modell von äußeren und inneren Bedin-

gungen orientiert, um danach in der Therapiephase diese Determinanten zu verändern.

Die Analyse der äußeren Situation sollte nach den Vorschlägen von FLORIN/ROSENSTIEL (1976, S. 52 ff.) aus einem Protokoll der zeitlichen Bedingungen des Arbeitsverhaltens bestehen und einer präzisen Beschreibung des Arbeitsplatzes. Entsprechend den Vorschlägen des Selbstkontrollprogrammes (vgl. Hartig 1974, Teegen u.a. 1975) werden diese Informationen zur Veränderung des Arbeitsverhaltens herangezogen. Die Protokollierung erhält in der Therapiephase somit auch die Funktionen eines Feedbacks und einer Belohnung.

Die Fragen der günstigen Organisation von Lern- und Arbeitsbedingungen und der (Selbst- oder Fremd-)Belohnung entsprechender Verhaltensweisen sind selbstverständlich auch (sozial-)pädagogische Problemstellungen. Aufgrund der Berücksichtigung der Verschiedenheit der Inhalte von Problemen junger Menschen sind wir wiederum auf die Zusammenhänge der inhaltlichen und technischen Aspekte von Lernprozessen gestoßen. Bei Reduzierung der Betrachtungsweise von(Arbeits-)Störungen lediglich auf die technische Perspektive geraten die inhaltlichen Besonderheiten dieser Probleme aus dem Blickfeld. Der VT scheint dieser Fehler besonders leicht zu unterlaufen, da sie die Besonderheiten der verschiedensten Inhalte von Lernprozessen häufig nicht in ihr therapeutisches Kalkül einbezieht.

Spezifische Aspekte unterschiedlicher Inhalte von Lernprozessen werden von der VT als innere Lernbedingungen berücksichtigt, wozu Fähigkeiten und Fertigkeiten, einschließlich Wissen, sowie (Leistungs-)Motivation gezählt werden.

Bei Leistungsstörungen in der Schule oder Universität muß oft die Frage der Eignung oder Begabung für einen bestimmten Beruf entschieden werden. Diagnostische Eignungsuntersuchungen mit Intelligenz-, Interessen- und evtl. Konzentrationstest u.a. können einem Klienten die Ent-

scheidung für einen bestimmten Beruf erleichtern. Die Vermittlung der Untersuchungsergebnisse sollte jedoch nicht nur als eine sachliche Weitergabe von Informationen aufgefaßt werden, vielmehr müssen die Veränderungseffekte der Testdaten auf das Selbstbild, Selbstvertrauen und die Berufsmotivation mit berücksichtigt werden. Innerhalb der empirischen Sozialforschung wurden einige Probleme, die durch die Rückmeldung von Daten bei den Empfängern entstehen, als Aktionsforschung diskutiert (vgl. bes. Haag u.a. 1972).

Die Psychotherapie und Beratung von Jugendlichen bei Berufs- und Arbeitsproblemen wird häufig mit den psychischen Folgeproblemen der Arbeitslosigkeit und des Berufswechsels konfrontiert. Da beidemal zumeist negative Auswirkungen feststellbar sind, muß die Psychotherapie durch spezielle Techniken hier aktiv werden. Die VT versucht mangelndes Selbstvertrauen bei beruflichem Abstieg u.ä. durch die Technik des Selbstbehauptungstrainings anzugehen sowie durch spezielle andere Methoden für belastende Motivationen wie Angst vor Kritik oder sozialer Mißbilligung. Auch die GPT kann die psychischen Folgen beruflicher Probleme lindern helfen, indem sie eine Angleichung des Selbst- und Idealbildes bezüglich der Identifikationen mit bestimmten Momenten von Berufsrollen herzustellen versucht. Ob auch die PA durch ihre Behandlungsmethode die psychischen Folgeprobleme des Arbeitsplatzverlustes und Berufswechsels angehen kann, erscheint fraglich, wenn wir uns auf die Zielbeschreibung eines ungestörten Leistungsverhaltens durch LÜDERS (1967, S. 930) beschränken.

Zu den inneren Determinanten der Leistung gehören nach Auffassung der VT neben den Fähigkeiten auch die Fertigkeiten und Kenntnisse.

Lernstörungen von Schülern und Studenten können auch durch falsche Arbeits- und Lerntechniken bedingt sein. Spezielle Verhaltenstherapeutische Programme ermöglichen ein schrittweises Einüben erfolgreicher Fertigkeiten, die

durch selbstkontrollierte Verstärkung zu Gewohnheiten ausgebildet werden können (vgl. z.B. die SQ3R-Methode in Florin/Rosenstiel 1976, S. 95 ff.). Die Entwicklung und Auswahl von Lernmethodiken kann jedoch die VT allein nicht leisten. Die anderen Schulen der Psychotherapie steuern zwar einige Aspekte zu diesen Fragen der Lerntechniken bei, die wesentlichen Beiträge liefert jedoch die Pädagogik des Lehrens und Lernens einschließlich der vielfältigen Angebote des großen Marktes von praktischen Ratgebern und Erfolgsprogrammen für das (private und) berufliche Leben.

Berufliches Lernen umfaßt neben speziellen Fertigkeiten des Lernens, der Beherrschung von Lernmethodiken, noch die allgemeinen und speziellen Fertigkeiten für die Ausübung von Arbeitstätigkeiten. Das allgemein- und berufsbildende Schulwesen vermittelt spezifische Fertigkeiten als Berufsbildung, die Jugend- und Erwachsenenbildung ergänzt berufliche Lernprozesse, außerdem vermittelt sie scheinbar gegenteilige oder kompensatorisch wirkende Fertigkeiten als Freizeit- und Konsumerziehung. Dies Spannungsverhältnis von Berufsbildung und Freizeiterziehung spiegelt sich in der Beratung/Psychotherapie von beruflichen Fertigkeiten auf vielfältige Weise. Für die VT ergeben sich Zusammenhänge zwischen (nicht gezeigtem) Arbeits- und Freizeitverhalten z.B. aus dem technischen Arrangement eines Selbstkontrollprogrammes. Der Therapeut hat den Klienten darin zu unterweisen, ein erwünschtes Arbeitsverhalten durch Freizeitbetätigungen bzw. Verstärker zu belohnen. Je nach Vorlieben des Klienten sollen Tätigkeiten, die als angenehme Freizeitbeschäftigungen erlebt werden, in möglichst direkten zeitlichen Zusammenhang mit Lern- oder Arbeitstätigkeiten gebracht werden, um so durch operante Verstärkung die Häufigkeit, Dauer und Intensität der Arbeit zu vergrößern und zu vertiefen.

Eine weitere innere Determinante des Leistungsverhaltens machen nach FLORIN/ROSENSTIEL (1976, S. 55 ff.) die berufsspezifischen Kenntnisse oder das berufliche Wissen aus.

Die VT hat selbstverständlich keine Techniken zur Aneignung spezieller Kenntnisse verschiedener Berufe oder Schul-, Studienfächer entwickelt. - FLORIN/ROSENSTIEL (1976) haben auf ein Fallbeispiel von Leistungsstörungen wegen fehlender Kenntnisse verzichtet -.

Die Auswahl und Strukturierung von Wissensstoff oder Lerninhalten für besondere berufliche Tätigkeiten gehören zu den Aufgaben der (Berufs-)Pädagogik, speziell ihrer Didaktik und Curriculumforschung. Die berufliche Rehabilitation und Psychotherapie/Beratung bei Arbeitsproblemen hat hier die Ergebnisse der (Berufs-)Pädagogik aufzugreifen und nach den besonderen Aufgabenstellungen des psychiatrischen Gesundheitswesens zu verarbeiten. Eine direkte Abhängigkeit beider Disziplinen wird hiermit jedoch nicht behauptet, vielmehr sollte die Besonderheit der beruflichen Rehabilitation i.w.S. des Gesundheitswesens unbedingt beachtet werden.

Die von der PA und GPT vorgenommene Schwerpunktsetzung der Berücksichtigung des motivationalen Aspektes von (Leistungs-)Störungen wird von der VT nicht in gleichem Maße geteilt. Die VT betrachtet die Motivationen als eine weitere innere Determinante des Leistungsverhaltens, die durch entsprechende therapeutische Techniken modifiziert werden können. Sowohl leistungsfördernde als leistungshindernde Motivationen werden als gelernt betrachtet und nicht als unveränderbare Persönlichkeitscharakteristika.

Der Psychoanalytiker LÜDERS (1967, S. 931) versucht, Lern- und Leistungsstörungen durch Deutungen der zugrundeliegenden Motivationen zu behandeln, indem er sie als "nicht transformierte narzißtische Energien" bezeichnet, die repräsentiert seien "durch Allmachtsillusionen, durch exhibitionistische Triebtendenzen und libidinisierte Ichidealbedürfnisse". Arbeitsprobleme werden hier allein unter dem "ökonomischen Gesichtspunkt" betrachtet, indem Energiekonzepte aus der Physik und motivationspsychologische Triebvorstellungen verknüpft werden. Die Heilung soll

schließlich darin bestehen, daß mit Hilfe der Deutungen des Analytikers die narzißtischen Energien gebunden und transformiert werden "zur Delibidinisierung und Deaggressivierung, zur Neutralisierung und Sublimierung" (Lüders 1967, S. 930; bzw. s. oben S. 449).

Die VT dagegen betrachtet die motivationalen Determinanten der Leistung(-störungen) unter einem funktionalen Aspekt. Die Motive oder Motivationen einer Leistungsstörung werden durch die positiven oder negativen Konsequenzen eines entsprechenden Verhaltens verstärkt, sie sind operational konditioniert (vgl. Florin/Rosenstiel 1976, S. 61).

Die wichtigsten leistungsfördernden Motivationen sind nach FLORIN/ROSENSTIEL (1976) die Leistungsmotivation und ein spezifisches Fachinteresse (zu letzterem vgl. a.a.O., S. 110 - 114).

Sofern Arbeitsprobleme überwiegend durch zu geringe Leistungsmotivationen bedingt sind, sollte ein Programm zur Steigerung der Leistungsmotivation eingesetzt werden, welches aus folgenden Teilen bestehen könnte:

- "- einem systematischen leistungsbezogenen Assoziations-training,
- der Koppelung von Leistungsphantasien und Arbeitsverhalten,
- dem Setzen von kurz-, mittel- und langfristigen Leistungszielen sowie der Analyse der dabei auftretenden Hindernisse und
- der sozialen Verstärkung leistungsbezogener Aktivitäten durch Mitglieder einer gleichgesinnten Arbeitsgruppe" (Florin/Rosenstiel 1976, S. 103).

Spezifische Elemente der GPT sind für die Erreichung einzelner Teilziele dieses Programmes ebenfalls verwendbar. Ein systematisches leistungsbezogenes Assoziations-training läßt sich einmal nach den verhaltenstherapeutischen Vorschlägen von FLORIN/ROSENSTIEL (1976, S. 107 ff. und S. 183 ff.) durchführen, indem der TAT-Test als Trainingsmaterial zur Steigerung der Leistungsmotivation benutzt wird, zum anderen aber auch nach den gesprächspsychotherapeutischen Grundregeln der Therapeutenverbalisierung. In diesem Falle hätte der Therapeut die VEE-

Empfehlung entsprechend zu modifizieren: durch selektive Verbalisierung von leistungsbezogenen Gefühlen würde die Häufigkeit des Sprechens (und Denkens) über Leistungsthemen verstärkt. Auch das Setzen von Leistungszielen und die Analyse von auftretenden Hindernissen kann durch schriftliche Bearbeitung erreicht werden und durch eine mehr an der GPT orientierte Gesprächsführung (vgl. SE-3, SE-6; nach Schwartz 1975, zit. bei Bommert 1977, S. 90 f.; bzw. s. oben S. 326 ff., 343 ff.).

Motive, die das Leistungsverhalten behindern, können nach Auffassung der VT als Gegenmotivation bezeichnet werden, Psychoanalytiker würden hier von Widerstand sprechen. FLO-RIN/ROSENSTIEL (1976, S. 59 f.) sehen die Ursachen für die Gegenmotivation in verschiedenen persönlichen, sozialen oder materiellen Problemen oder Konflikten, wodurch Energie verbraucht oder die Leistungsfähigkeit behindert würde. Diese mehr umgangssprachliche Umschreibung der Zusammenhänge, Ursachen und Mechanismen von Motivationen und Arbeitstätigkeiten begnügen sich mit relativ einfachen Sprachfiguren, die bei einem Großteil der Bevölkerung bereits zum Alltagsbewußtsein oder zum selbstverständlichen Wissensgut gehören. Die PA dagegen hat diese Prozesse durch eine medizinisch-physiologische und motivationspsychologische Theorie aufgearbeitet und in technische Vorschriften für die (Widerstands-)Deutungen des Analytikers umgesetzt. Die GPT wiederum würde Gegenmotivationen ähnlich wie die Verhaltenstherapeuten FLORIN/ROSENSTIEL (1976, S. 59) durch phänomenologische Beschreibungen des subjektiven Erlebens der Gefühlsaspekte von Konflikten zwischen Arbeit, Freizeit oder Partnerbeziehungen, Sexualität u.a. angehen, wobei sie sich ebenfalls stark an der Umgangssprache (bestimmter sozialer Gruppen und Schichten) orientieren würde.

Die wichtigsten Gegenmotivationen zur Leistung sind nach der VT verschiedene Ängste oder Phobien sowie Kontaktstörungen. Ängste behandelt die VT häufig mit systematischer Desensibilisierung und ähnlichen Methoden wie

Selbstregulationsstrategien (vgl. a.a.O., S. 121 f.). Falls Arbeitsstörungen die Folge von Kontaktproblemen sind, lassen sich die Kontaktstörungen als soziale Ängste auffassen und mit evtl. modifizierenden Techniken der klassischen Methoden der systematischen Desensibilisierung angehen (vgl. a.a.O., S. 132 ff.).

Diese Betrachtungsweise von Ängsten, die das Arbeitsverhalten behindern oder blockieren, verzichten gänzlich auf eine theoretische Erklärung und Deutung von Motivationsproblemen und von Zusammenhängen verschiedener Motivationsarten. Phobische Ängste werden nicht wie in der PA als Bindungen von frei gewordener Angst und Verschiebung auf phobische Objekte interpretiert, sondern als konditionierte Reaktionen (s. oben S. 420 ff.).

5.4 Wissenschaftliches Lernen

Die verschiedenen Schulen der Psychotherapie/Beratung behandeln nicht nur psychische Probleme oder Schwierigkeiten, indem sie neue Lernprozesse zur Überwindung von Beeinträchtigungen ermöglichen, sondern die einzelnen psychotherapeutischen Schulen vermitteln gleichzeitig auch eine ganz spezifische Methode der wissenschaftlichen Bearbeitung psychosozialer Probleme. Dieses "heimliche" Lehren der Berater geschieht vor allem durch die Darbietung eines Modells eines wissenschaftlich vorgehenden Experten sowie aus expliziten Belehrungen und Anleitungen zu wissenschaftlichem Aufarbeiten psychosozialer Probleme.

Bevor aber Ratsuchende fachliche Hilfe in Anspruch nehmen, haben sie zumeist bereits aus eigenem Wissen und Können ihre Probleme zu lösen versucht. Je nach sozialer Herkunft und Möglichkeit des Zuganges zu unterschiedlichen Hilfen im Vorfeld der (Jugend-)Psychiatrie, Jugendhilfe, Sozialarbeit und der ambulanten, offenen Psychotherapie/Beratung sind psychisch Kranke mit den Vorstellungen ihres Allgemeinwissens an die Lösung ihrer Probleme gegangen. Die

Auffassungen des gesunden Menschenverstandes oder des Alltagsbewußtseins beinhalten auch technische Vorschläge zur Problembewältigung. Neben somatischen Heilungserwartungen durch "Pillen" oder andere körperliche Behandlungsverfahren hegen viele Patienten auch die Hoffnung, durch einfache und einleuchtende Hilfen oder Ratschläge von ihrem Problem befreit zu werden wie von einem spirituellen Fremdkörper oder einer organischen Erkrankung. Andere regional, schichten-spezifisch, kulturell und zeitgeschichtlich vermittelte Auffassungen über Hilfemöglichkeiten bei psychosozialen Erkrankungen bestehen zu großen Teilen aus Fragmenten der wissenschaftlichen Methoden der Psychotherapie/Beratung. Je nach partieller Ähnlichkeit zwischen den Auffassungen des Alltagsbewußtseins und des wissenschaftlichen Bewußtseins werden die technischen Konzepte der einzelnen psychotherapeutischen Schulen aufgenommen und in das "Volkswissen" über psychische Heilungsmöglichkeiten eingebaut. Die verschiedenen Medien der schulischen und außerschulischen Bildungseinrichtungen bewirken überwiegend eine Beschleunigung der rezeptiven Angleichung von wissenschaftlichem und Alltagsbewußtsein über Hilfemöglichkeiten bei psychischen Problemen.

Die wissenschaftlichen Auffassungen der einzelnen Schulen der Psychotherapie über die Heilung psychosozialer Erkrankungen sind jedoch sehr unterschiedlich. Jede Schule be ruht sich auf ihre besondere Vorstellung von Wissenschaftlichkeit, somit wird zumindestens eine Auflistung notwendig, um diese allgemeine Aussage der Vielfalt oder Beliebigkeit wissenschaftlicher Begründungen zu belegen.

Die Art der Auflistung wissenschaftlicher Vorstellungen der einzelnen Psychotherapieschulen ist jedoch nicht selbstverständlich, sondern bereits durch eine spezielle Wissenschaftsauffassung vermittelt.

Wir hatten unsere Darstellung der methodischen Aspekte von Psychotherapie/Beratung als eine vergleichende Analyse durchgeführt, die Festlegungen auf nur eine Schule zu vermeiden sucht. Diesen Standpunkt werden wir auch bei der

Analyse der Lernprozesse über wissenschaftliches Vorgehen beibehalten. Die klassischen Schulen der Psychotherapie lassen sich nach ihrem eigenen Selbstverständnis als Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie oder Verhaltenstherapie leicht identifizieren, lediglich neue integrative Konzepte sperren sich gegen eine eindeutige Zuordnung, was wir jedoch ausgeklammert hatten.

Die verschiedenen Wissenschaftsauffassungen lassen sich weniger einfach als spezieller Typ beschreiben, obwohl bereits eine umfangreiche Literatur über Theorien (und Praxis) verschiedener Schulen oder Arten von Wissenschaftsauffassungen existiert (vgl. die Literaturliste von Blankertz 1974, S. 634).

Auf die vielfältigen Klassifikationen wissenschaftstheoretischer Positionen wollen wir jedoch nicht eingehen, sondern einen gänzlich anderen Standpunkt einnehmen, der uns vielleicht einen präziseren Einblick in die Besonderheiten der Vorstellungen über Wissenschaftlichkeit gewährt. Im Gegensatz zu den klassifikatorischen Zugriffen, die gleichsam aus der Vogel- (oder Frosch-)Perspektive einen Überblick über die Vielfalt von wissenschaftlichen Auffassungen ermöglichen, wollen wir uns verschiedene Querschnitte durch die Wissenschaftsauffassungen ansehen, wodurch die typischen Konturen oder die strukturellen Eigentümlichkeiten erkennbar werden.

Auf die Ratschläge spezieller Schulen von Wissenschaftsauffassungen, andere Schulen anhand ganz bestimmter begrifflicher (Schneide-)Instrumente zu analysieren, wollen wir hier nicht genauer eingehen.

Erziehungswissenschaftliche Schulen, die der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule nahestehen, empfehlen die Kategorien Arbeit, Sprache, Herrschaft bzw. entsprechende adjektivische Umschreibungen und ähnliche Wortschöpfungen, die drei Arten von Erkenntnisinteressen als Ausgangspunkt wählen: das technische, praktische und emanzipatorische Interesse.

Diese drei Kategorien der Erkenntnisinteressen von HABERMAS (1968, S. 163) wurden im Rahmen der Didaktik der Schulpädagogik für die verschiedenen Unterrichtsfächer adaptiert:

THOMA (1971, S. 94 f.) ordnet den drei erkenntnisleitenden Interessen (technisch, praktisch, emanzipatorisch) die Kategorien "wertfrei"/zweck-rational, "ideologisch" und "kritisch" zu, woraus sich ein Strukturgitter für die "politische Dimension" von Unterricht ergibt;

LENZEN (1973, S. 138) strukturiert den deutschen Sprachunterricht nach Kognition, Sprache, Kommunikation;

MANNZMANN (1973, S. 28 ff.) das Fach Geschichte nach vier Bereichen: der chronologischen Dimension, der Gesellschaftsformation, einem theoretisch-kritischen Fragehorizont und der Zielrichtung Zukunft;

KUTSCHA (1975, S. 224) benutzt für den Ökonomie-Unterricht die Begriffe Ware, Geld, Information.

Anhand zweier verschiedener Arten von Kategorien, die anscheinend auf die erkenntnisleitenden Interessen HABERMAS' zurückgehen und die Bereiche des Faches Geschichte nach MANNZMANN (1973), soll der obligatorische Lernbereich der Unterrichtsfächer Deutsch, Gesellschaftslehre, Religion u.a. im Kollegs Schul-Modell von Nordrhein-Westfalen strukturiert werden. Die drei soziohistorischen Definitionskategorien heißen hiernach: rekonstruktiv, sozialdiagnostisch und prospektiv, die zweiten Kategoriearten werden Entwicklungsdimensionen genannt und umfassen: Produktivität, Interaktionsstrukturen, Steuerungsmöglichkeiten und Sinn-/Normensysteme (vgl. Kollegschule NW - Arbeitskreis Obligatorik 1978, S. 44).

Stattdessen wollen wir historisch-konkret vorgehen in dem Sinne, daß wir anhand der unter bestimmten historischen Umständen entwickelten Schulen der Psychotherapie die Besonderheiten der neuen Schulen herausarbeiten und sie mit den anderen vergleichen. Unser Interesse geht hierbei

dahin, die neuen Elemente wissenschaftlicher Arbeitsweisen im allgemeinen und wissenschaftlicher Behandlungsweisen psychosozialer Probleme im besonderen aufzuzeigen.

Die hier bedeutsamste erste Schule der Psychotherapie, die Psychoanalyse, zeichnet sich vor allem durch drei entsprechende Besonderheiten aus: sie arbeitet historisch, hermeneutisch und dialektisch.

Die GPT dagegen geht phänomenologisch und nach den Gütekriterien einer kritisch verstandenen empirischen Sozialforschung vor, während die VT lediglich eine positivistische Auffassung von Psychotherapieforschung vertritt.

(1.) Historischer Aspekt

Die historische oder genetische Vorgehensweise der PA stellt gegenüber den zeitlich später entwickelten Schulen der Psychotherapie, speziell der GPT und VT, insofern eine Besonderheit dar, als die PA die Rekonstruktion der Geschichte des einzelnen psychisch Kranken und seiner Krankheitsgeschichte als für die Heilung konstitutiv betrachtet. Die sprachliche Formulierung (und emotionale Reproduktion) der frühen Kindheitserlebnisse besonders der ödipalen Konflikte macht die Besonderheit der historischen Betrachtungsweise der PA aus.

Die GPT dagegen verzichtet explizit auf die Rekonstruktion der (emotionalen) Erlebnisse der frühen Kindheit, sie glaubt das Schwergewicht von der Betrachtung der Vergangenheit auf die Gegenwart des psychisch Kranken verlegen zu müssen.

Die VT wiederum hat den historischen Aspekt der wissenschaftlichen Bearbeitung und Behandlung psychosozialer Probleme nicht gänzlich aufgegeben; sie hält die Erstellung der Krankengeschichte zwar auch für notwendig, begnügt sich aber mit der Erhebung der Lerngeschichte der (manifesten) Symptome des Erkrankten.

Eine psychoanalytische Krankengeschichte enthält die nach FREUDscher Theorie wichtigsten Erlebnisse der Entwicklung des Sexual- und Aggressionstriebes, zeitlich strukturiert nach den typischen Phasen der Partialtriebe und der Organisation der Libido. Eine verhaltenstherapeutische Krankengeschichte dagegen beschränkt sich auf die lerntheoretische Beschreibung der Entstehung der Symptome des Erkrankten.

In der Jugendberatung lassen sich wahrscheinlich alle drei historischen Vorgehensweisen kombinieren. Je nach Art des Problems kann es zweckmäßig sein, die frühe Familiengeschichte aufzuarbeiten, sofern tief verwurzelte Störungen der Persönlichkeit, des Verhaltens oder Erlebens vorliegen. Neben einer psychoanalytischen Deutung müssen aber auch phänomenologische Versprachlichungen des augenblicklichen Befindens eines Ratsuchenden, der seine eigene Krankengeschichte rekonstruiert, erlaubt sein. Ganz spezielle Störungen dagegen, die für den Berater und Ratsuchenden leicht als klassisch oder operant konditionierte Lernprozesse beschreibbar sind, lassen sich auch ausschließlich durch verhaltenstherapeutische Techniken angehen, die nur die Aufarbeitung der Genese des Erlernens der speziellen Störung erfordern. Aber auch tiefverwurzelte Schwierigkeiten und auf spezifische Art und Weise erlebte Selbstbeschreibungen nach den Regeln der phänomenologisch vorgehenden GPT können auf seine Weise vom Klienten verstanden werden, wenn die Lerngeschichte herausgearbeitet wird.

(2.) Hermeneutischer Aspekt

Eine der ältesten Methoden wissenschaftlicher Tätigkeiten ist die Kunst der Auslegung von Texten (Apel 1974, S. 277) der überlieferten Erfahrungen vergangener Generationen. Die verschiedenen hermeneutischen Verfahren zielen nach HENNINGSEN (1975, S. 168) "auf Erkennen und Kommunikation im Interesse gesellschaftlichen Handelns; (und) sie befassen sich mit Gemachtem, Geschichte, Sprache."

Trotz ursprünglich naturwissenschaftlicher Orientierung hat S. FREUD diese von den Geisteswissenschaften entwickelte Methode für seine speziellen Zwecke übernommen und zu einer Kunstlehre der Auslegung, Interpretation oder Deutung besonders von Träumen und der gesprochenen und niedergeschriebenen Sprache ausgeformt (vgl. auch Krambeck, Lorenzer 1975).

Kernthese seiner hermeneutischen Arbeitsweise ist die Unterscheidung zwischen manifestem und latentem Inhalt oder Bedeutungsgehalt von ausgedrückten und geschaffenen menschlichen Produktionen, besonders von Träumen, für deren Auslegung FREUD seine Deutungslehre zuerst entwickelte.

Der manifeste und latente Inhalt eines Traumes "liegen vor uns wie zwei Darstellungen desselben Inhalts in zwei verschiedenen Sprachen, oder besser gesagt, der Trauminhalt erscheint uns als eine Übertragung der Traumgedanken in eine andere Ausdrucksweise, deren Zeichen und Fügungssätze wir durch die Vergleichung von Original und Übersetzung kennenlernen sollen" (Freud 1900, GW 2 und 3, S. 283).

Die PA hat viele Regeln der Traumdeutung auch für die Deutung der verbalen Produktionen innerhalb der Psychotherapie übernommen. Als wichtigste Regeln hatten wir die Vorschriften für die Interpretation von Abwehrhaltungen, partiellen Amnesien, Übertragung und Gegenübertragung sowie von Widerständen vorgestellt (s. oben S. 122 ff.). Die hermeneutische Methode der PA konkretisiert sich in diesen einzelnen Deutungsregeln, die alle darauf abzielen, die (evtl. unbewußten) sexuellen und aggressiven Wünsche des Patienten als latente Inhalte der Äußerungen des Patienten zu deuten. Die spezielle Motivationstheorie der PA stellt die Kategorien bereit, mit denen der eigentliche oder latente Sinn der Patientenassoziationen ausgedrückt werden müßte.

Die verschiedenen Tochterschulen der PA haben dieses Begriffsinstrumentarium und seine theoretischen Begründungen kritisiert, indem sie neue Motivationskategorien erfanden

und somit die FREUDschen Vorschriften für sexuelle und aggressive Deutungen einengten.

Die Klientenzentrierte GPT hat die Geltung sämtlicher Vorschriften der hermeneutischen Methode FREUDs in Frage gestellt und sie durch die phänomenologische Methode ersetzt. Analysieren wir aber nicht nur die expliziten Kernvorschriften des Dreier-Dogmas der Therapeutenverbalisierungen, sondern auch die vielen "neuen" Therapeuten-(und Klienten-) Variablen, so verwischen sich die Gegensätze zwischen diesen beiden verbalen Methoden der Psychotherapie. Der psychoanalytischen Unterscheidung zwischen latentem und manifestem Bedeutungsgehalt wird durch Formulierungen der Verbalisierungsregeln dadurch Rechnung getragen, daß zwischen "unmittelbaren Äußerungen" des Klienten und einem "Weitergehen des Psychotherapeuten" unterschieden wird (vgl. VEE-1 nach Schwartz 1975). Die Klientenregel der "Undifferenziertheit der Klienten-Äußerungen" (SE-1 nach Schwartz 1975), die den Klienten dazu verpflichtet, sich differenziert über seine Gefühle zu äußern und nicht pauschal, stellt ebenfalls auf die Differenz zwischen "Buchstabe" und "Geist" sowie zwischen "Gesagtem" und "Gemeintem" ab, was die PA mit manifestem und latentem Inhalt umschreibt.

Trotz expliziter angeblicher Unterschiede der vorwiegend phänomenologisch vorgehenden GPT kann diese Schule der Psychotherapie somit auf spezifische Elemente hermeneutischen Vorgehens nicht verzichten. Dieses gilt ebenfalls für die scheinbar nur empirisch oder erfahrungswissenschaftlich arbeitende VT. Sobald nämlich ein spezifisches (Erleben und) Verhalten als Reiz oder Reaktion bezeichnet oder ein Verstärker aufgefunden werden soll, müssen Therapeut und Klient sich hierüber verständigen.

In der Jugendberatung wird der Sozialpädagoge auf eine strenge Bedeutungssetzung von hermeneutischem Vorgehen als (neo-)psychoanalytische Deutung umso eher verzichten müssen, als er an den Alltagserfahrungen seiner jugendlichen Klienten anknüpft und durch umgangssprachliche

Verbalisierungen die wesentlichen psychologischen Aspekte der emotionalen und auch kognitiven Momente der Äußerungen des Jugendlichen herausarbeitet.

(3.) Dialektischer Aspekt

Das Denken in Gegensätzen, Widersprüchen oder dialektischen, dualen, polaren Begriffen und dem Konfliktmodell hat eine lange wissenschaftliche und philosophische Tradition, die lediglich von einigen wenigen wissenschaftstheoretischen Schulen wie dem Positivismus gänzlich abgelehnt wird.

In der psychotherapeutischen Tradition und der erziehungswissenschaftlichen Sozialtherapie wurden einzelne Elemente einer spezifischen dialektischen, dualistischen oder konflikttheoretischen Wissenschaftsauffassung herausgearbeitet und für das Verständnis psychosozialer Probleme und ihre Heilung nutzbar gemacht. Die motivationspsychologisch akzentuierte PA und GPT greifen dualistische Denkmodelle gänzlich unterschiedlich auf. Die PA geht von einem dualistischen Triebmodell aus, während die GPT ein hierarchisch strukturiertes Motivationsmodell bevorzugt, das nur geringe Ähnlichkeiten mit den psychoanalytischen Konzepten aufweist. Die VT wiederum benutzt zwar polare Begriffe wie Verstärkung und Bestrafung, verzichtet aber auf eine explizite Reflektion von Ähnlichkeiten, Verwandtschaften oder Abhängigkeiten mit dialektischen Denkmodellen, nicht zuletzt wegen der ablehnenden Haltung des in der VT vorherrschenden Positivismus gegenüber dialektischen Wissenschaftsauffassungen.

Die Methode der mehr klassisch orientierten Schulen der PA könnte man als eine dialektische in dem Sinne bezeichnen, daß die Deutungsbemühungen des Analytikers darauf abzielen, die Konflikthaftigkeit des Menschen einsichtig zu machen, indem dualistische Motivationskonzepte für die Erklärung psychischer Erkrankungen herangezogen werden.

Der zentrale Begriff der FREUDschen Neurosentheorie ist ein dynamischer Konfliktbegriff, der das dualistische Motivations-Konzept von Eros und Aggression als Erklärungsmodell nahelegt. Psychische Konflikte zeigen sich nach psychoanalytischer Theorie in den Phänomenen von Abwehr und Widerstand. Die Technik der PA versucht, durch Abwehrdeutungen die unbewußten Reaktionen der Abwehr gegen Triebimpulse und alles, was Angst verursachen kann, aufzulösen und heilungswirksam werden zu lassen. Die Widerstandsdeutungen sollen die Hindernisse der therapeutischen Bemühungen beseitigen. Psychische Konflikte erklärt die PA durch topische und dynamische Konfliktmodelle, wofür FREUD oft den Begriff Gegensatzpaar verwendet (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 163).

Sämtliche psychischen Aktivitäten werden durch die dualistischen Prinzipien des Lust- und Realitätsprinzips beherrscht, die auf verschiedenen topischen Ebenen wirksam werden. Neben diesem dualistischen Modell der Topik psychischer Systeme oder Apparate benützt FREUD auch für seine dynamische Motivationstheorie ein dualistisches Denkmodell. Nach seiner zweiten Triebtheorie entstehen aus einer Triebmischung von Eros (oder Sexualität) und Aggression alle anderen Triebarten.

Die Deutungsregeln für den Analytiker fallen entsprechend einfach aus, da lediglich das Mischungsverhältnis oder die Triebmischung der beiden Triebe und ihrer Genese vor allem in der Ödipussituation herausgearbeitet werden müssen unter Berücksichtigung von Abwehr, Widerstand und Übertragung.

Das dualistische Triebmodell hat FREUD aus einer streng naturwissenschaftlichen, speziell biologischen Orientierung heraus entwickelt. Seine erste und zweite Triebtheorie (s. oben S. 230 ff.) grenzt FREUD gegen die (tier-)biologische Auffassung des Instinktes ab, indem er am Beispiel der menschlichen Sexualität die spezifischen Momente der Quelle, des Dranges, Objektes und Zieles eines Triebes herausarbeitet. Das grundlegende Denkmodell eines Triebes ist die physikalische Modellvorstellung über

Energie, speziell elektrische Energie und ihre modell-spezifischen Eigenschaften. Der Triebbegriff wird aber nicht rein physikalisch-physiologisch oder somatisch interpretiert, sondern er enthält bei FREUD stets eine Doppelbedeutung, die sowohl somatische als auch physische Komponenten einschließt (vgl. Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 442).

Die anderen psychotherapeutischen Schulen der GPT und VT haben die naturwissenschaftliche, speziell biologische Betrachtungsweise der Entstehung und Wirkungsweise der ursächlichen Komponenten psychosozialer Probleme verschiedenen beibehalten.

Die positivistisch orientierte VT entlehnt sämtliche theoretischen und praktischen Konzepte und Vorgehensweisen aus der nach naturwissenschaftlichen Standards arbeitenden (Tier-)Biologie oder Zoologie, sowie der vergleichenden Verhaltensforschung. Einige Lerntheoretiker wie HULL und DOLLARD/MILLER haben auch die physikalischen Energie-Modelle der Motivation oder Triebe der PA übernommen, andere betonen stärker die lerntheoretischen Vorstellungen der (primären und sekundären) Verstärkung zur Manipulation offener und verdeckter Verhaltensweisen biologischer Organismen. Daß die moderne VT auf den Ratten- und Taubenexperimenten vor allem der SKINNER-Schule basiert, dürfte allgemein bekannt sein, ebenso, daß der Mensch nicht nur ein Tier ist.

Nur die phänomenologisch orientierte GPT hat stärker mit biologischen Denkvorstellungen gebrochen, wenn sie ein hierarchisches Motivationsmodell favorisiert und die menschlichen Bewußtseinsvorgänge als wesentliches Moment der (Theorie und) Therapie psychosozialer Probleme betrachtet. Während FREUD den Konfliktbegriff und das physikalische Energiemodell der Triebe als Grundlagen seiner Behandlungsmethode ansah, benutzte ROGERS eine aus der Kybernetik und Informationstheorie entlehnte Modellvorstellung zur Erklärung der Neurose und psychosozialer Probleme. Ein regulierender psychischer Mechanismus, der

organismische Bewertungsprozeß, beurteilt oder bewertet als positiv oder negativ alle Erfahrungen des Individuums am Maßstab der angeborenen Motivation der Aktualisierungstendenz (vgl. z.B. Bommert 1977, S. 25, 47 ff.). Die Motivationstheorie von ROGERS geht auf das von MASLOW entwickelte hierarchische Modell einer "Ergänzungsreihe" oder Reihenfolge von Motivationen zurück, die von physiologischen Bedürfnissen nach Anerkennung und Zuwendung bis zum obersten Bedürfnis nach Selbstverwirklichung reichen. Für die Technik der GPT sind kybernetische Modellvorstellungen eines organismischen Bewertungsprozesses insofern von Bedeutung, als der Therapeut die motivationalen Momente der selbstexplorativen Äußerungen des Klienten selektiv herausarbeiten soll, um der Selbstaktualisierungstendenz zur optimalen wachstumsmäßigen Entfaltung zu verhelfen.

Das Triebmodell der PA mit der Vorstellung einer somatischen Verankerung der einzelnen Partialtriebe in einer bestimmten Triebquelle einer erogenen Zone, eines Organs oder Apparates wird von dem hierarchischen Bedürfniskonzept MASLOWS ersetzt, das keine Zuordnung von somatischem Ursprung und Bedürfnisart mehr zuläßt. Die biologische Orientierung der FREUDschen Triebtheorie wird zugunsten einer humanwissenschaftlichen Auffassung aufgegeben, die jedoch die gesellschaftliche Abhängigkeit des Einzelindividuums von seiner sozialen Umwelt nicht ausreichend berücksichtigt.

Greifen wir die Frage der Berücksichtigung des dialektischen Aspektes durch die Theorie und Technik der GPT wieder auf, so müssen wir feststellen, daß ROGERS seine grundlegenden Auffassungen nicht als dualistische oder im weitesten Sinne dialektische formuliert hat.

Seine Motivationstheorie ist im Gegensatz zur dualistischen Triebtheorie FREUDs eine monistische Theorie, die als einziges angeborenes Bedürfnis die Selbstaktualisierungstendenz postuliert, von MASLOW auch Bedürfnis

nach Selbstverwirklichung genannt. Die anderen Bedürfnisarten wie Tendenz zur Selbstaktualisierung, Bedürfnis nach positiver Zuwendung, Bedürfnis nach Selbstwertschätzung (vgl. Bommert 1977, S. 24) können im Laufe neurotischer Entwicklungen oder "psychologischer Fehlanpassung" mit dem Hauptmotiv der Aktualisierungstendenz in Konflikt geraten.

Für diesen Sonderfall psychischen Erlebens benützt ROGERS das "dialektische" Konfliktmodell. Die angeborene Aktualisierungstendenz gerät mit der Tendenz zur Selbstaktualisierung in Konflikt. Ein FREUDianer könnte wahrscheinlich Ähnlichkeiten zwischen der Triebausstattung des Es und der Aktualisierungstendenz feststellen und zwischen Selbsterhaltungstrieben, den Funktionen des Über-Ich und der Selbstaktualisierungstendenz. Verzichten wir auf eine genauere Gegenüberstellung zugunsten einer Heraushebung der technischen Konsequenzen dieser Theorie der Therapie (oder "Metapsychologie").

Die Therapeuten- und Klientenregeln verpflichten zur Versprachlichung sowohl von positiven als auch von negativen Motivationen. Hinter diesen allgemeinen Chiffren von positiv und negativ können sich sehr verschiedene Motivationskategorien verbergen. In den wichtigsten technischen Empfehlungen für beide Gesprächspartner (vgl. bes. VEE-8 und SE-3, SE-6 nach Schwartz 1975; zit. bei Bommert 1977, S. 75, S. 90 f.) scheinen diese allgemeinen Chiffren eine hinreichende Genauigkeit der sprachlichen Äußerungen zu gewährleisten.

Eine andere Therapeutenregel, die stärker konflikthafte Aspekte auszudrücken empfiehlt, z.B. divergierende Einschätzungen und Wahrnehmungen von Klient, Therapeut und anderen Personen, hält BOMMERT (1977, S. 133) jedoch "zumindest mit dem orthodoxen Konzept (für) nicht vereinbar ('Konfrontation')."

Für einen eklektisch oder pluralistisch vorgehenden Jugendberater, der die Ansprüche einer differentiellen Psychotherapie zu verwirklichen sucht, könnte der dia-

lektische Aspekt wissenschaftlicher Hilfe bereits dadurch verwirklicht werden, daß er als Berater verschiedene Elemente der unterschiedlichen Psychotherapieschulen kombiniert. So lassen sich gegensätzliche Darstellungen der Störungen des ratsuchenden Jugendlichen durch verschiedene Personen, den Berater und den Jugendlichen selbst zu verschiedenen Zeitpunkten des Heilungs- oder Klärungsprozesses oder durch verschiedene Kommunikationskanäle des Jugendlichen vom Sozialpädagogen aufgreifen und zu einem widersprüchlichen, aber doch verstehbaren Sinnzusammenhang integrieren. Der Jugendberater kann die phänomenal erlebte Eigendarstellung der Problematik des Jugendlichen mit wissenschaftlichen Interpretationsversuchen konfrontieren und eine Vermittlung der persönlichen Biografie mit empirisch ermittelten Verläufen von pathologischen Entwicklungen bei verschiedenen Gruppen oder Schichten von psychisch Erkrankten anbieten. Je nach Erforderlichkeit des individuellen Gesundungsprozesses müssen verschiedene Elemente der Psychotherapieschulen angewendet werden.

(4.) Phänomenologischer Aspekt

Der phänomenologische Aspekt wissenschaftlicher Vorgehensweisen wurde innerhalb der Geisteswissenschaften zu Beginn des 20. Jahrhunderts von E. HUSSERL zu einer neuen wissenschaftlichen Methode und philosophischen Schule ausgearbeitet.

Der Wissenschaftstheoretiker SEIFFERT (1970, S. 26) nennt eine Methode phänomenologisch,

"die die Lebenswelt des Menschen unmittelbar durch 'ganzheitliche' Interpretation alltäglicher Situation versteht. Der Phänomenologe ist demnach ein Wissenschaftler, der selbst an dieser Lebenswelt durch seine Alltagserfahrungen teilhat, und der diese Alltagserfahrungen für seine wissenschaftliche Arbeit auswertet."

Innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie/Beratung wurde die phänomenologische Methode sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie bedeutsam. Die klassische deutsche psychiatrische Diagnostik hat mit K. JASPERS

einen vehementen Verfechter der Berücksichtigung phänomenologischer Aspekte gefunden. Für die Therapie wurde die Phänomenologie erst in der GPT von C. R. ROGERS nutzbar gemacht, indem er diese Methode zur einzigen Grundlage seines therapeutischen Vorgehens auswählte.

Als S. FREUD seine neue Schule der tiefenpsychologischen Theorie und Behandlung psychischer Erkrankungen entwickelte, war die phänomenologische Methode von "den Geisteswissenschaften" noch nicht erfunden, somit mußte er sich anfangs auf die bewährten historischen, hermeneutischen und dialektischen Methoden der Geisteswissenschaften stützen. Zumindest nach der Veröffentlichung des Werkes von K. JASPERS über "Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie" im Jahre 1912 (vgl. Peters 1974, S. 231) hätte FREUD auch die neuen Momente dieser Methode aufgreifen können. Er selbst scheint dieses jedoch nicht für wünschenswert gehalten zu haben, obwohl einige seiner Schüler ihm hier nicht gänzlich gefolgt sind (vgl. z.B.: Lüders 1967, S. 923 ff.).

Welche Schwierigkeiten die Rezeption phänomenologischer Aspekte wissenschaftlichen Vorgehens der Psychotherapie macht, wird besonders deutlich, wenn wir die unterschiedliche Verwertung der Phänomenologie durch JASPERS für die Diagnostik psychischer Erkrankungen und durch ROGERS für deren Behandlung betrachten. Die gesprächstherapeutische Schule des letzteren glaubt, nur durch ein Verbot jeglicher Diagnostik eine phänomenologisch orientierte Behandlung durchführen zu können, während ersterer vehement eine Berücksichtigung phänomenologischer Methoden für die psychiatrische Diagnostik fordert.

Nur durch genaue Abgrenzungen der Verwertungsmöglichkeiten der Phänomenologie für die Klinische Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialtherapie lassen sich diese Widersprüche auflösen. Als mögliche Vorgehensweise hatten wir einen problemspezifischen Vergleich der unterschiedlichen Aspekte der Techniken aufgezeigt. Auf eine differenzierte Diskussion diagnostischer Probleme hatten wir ver-

zichtet, weil wir von der Hypothese ausgegangen waren, daß die Spezifität der Mittel die Möglichkeit der differenzierten Bearbeitung von Objekten vorgibt. - Ein großes Sortiment von auch feinen Werkzeugen wird lediglich für verschiedene auch feine Werkstoffe benötigt. -

Die Technik der PA berücksichtigt insofern phänomenologische Aspekte, als die Klientenregel des freien Assoziierens entsprechend interpretiert werden kann. Die GPT verpflichtet Klient und Therapeut zur "freien" Verbalisierung motivationspsychologischer Momente des Erlebens, ohne explizite Anweisungen für die hermeneutische Interpretation bestimmter Äußerungen beizusteuern, im Sinne relativ eindeutiger Zuordnungsregeln von Gesagtem und Gemeintem (oder manifestem und evtl. unbewußtem latenten Inhalt). Die FREUDsche Grundregel der freien Assoziation scheint ebenfalls bestimmte Momente der phänomenologischen Methode zu berücksichtigen, indem sie den Klienten dazu verpflichtet, seine "Alltagserfahrungen" und augenblicklichen Erlebnisse innerhalb der therapeutischen Situation auszusprechen.

Eine Besonderheit zeichnet diese psychoanalytische Verpflichtung des Klienten zur Verbalisierung seiner unmittelbar gegebenen Erlebnisse aus: dem Klienten wird ein "Verzicht auf alle seine kritischen Einstellungen" nahegelegt (Freud 1923, GW 13, S. 214). Somit versteht also die PA unter einer "freien" Aussprache eine Verpflichtung zur Kritiklosigkeit in dem Sinne, daß die Gedanken keiner bewußten Kontrolle unterzogen und nicht nach spezifischen Kriterien selektiert werden sollen. Diese Vorgehensweise des zu analysierenden Klienten bei der Introspektion oder Selbstbeobachtung hat große Ähnlichkeiten mit der phänomenologischen Methode der Psychologie.

Nach DORSCH (1963, S. 251) macht die phänomenologische Methode in der Psychologie das Phänomen "mit aller methodischen Strenge zu ihrem ausschließlichen Ausgangspunkt." Unter einem Phänomen verstehe man in der Psychologie "alles, was sich dem Wahrnehmenden, Fühlenden oder Denken-

den unmittelbar gibt, sofern er sich seinem schlichten Erleben überläßt."

Der Gestaltpsychologe W. METZGER (1963, S. 12) beschreibt die Tätigkeit eines phänomenologisch vorgehenden Wissenschaftlers in sehr treffender Weise:

"Das Vorgefundene zunächst einfach hinzunehmen, wie es ist; auch wenn es ungewohnt, unerwartet, unlogisch, widersinnig erscheint und unbezweifelten Annahmen oder vertrauten Gedankengängen widerspricht. Die Dinge selbst sprechen zu lassen, ohne Seitenblicke auf Bekanntes, früher Gelerntes, 'Selbstverständliches', auf inhaltliches Wissen, Forderungen der Logik, Voreingenommenheiten des Sprachgebrauchs und Lücken des Wortschatzes. Der Sache mit Ehrfurcht und Liebe gegenüberzutreten, Zweifel und Mißtrauen aber gegebenenfalls zunächst vor allem gegen die Voraussetzungen und Begriffe zu richten, mit denen man das Gegebene bis dahin zu fassen suchte".

Die Grundregel der PA verlangt vom Klienten eine ähnliche Vorgehensweise. Die Bedeutung der Phänomenologie wird jedoch von der PA durch die verschiedenen hermeneutischen Interpretationsvorschriften für den Therapeuten wahrscheinlich wieder aufgehoben. Der Analytiker benützt die verbalisierten Phänomene als Material für seine Zuordnungen von manifest Gesagtem und latent Gemeintem, indem er spezifische Deutungen und Konstruktionen anbietet. Die GPT dagegen macht die von METZGER (1963) ausgedrückte Forderung eines sachgemäßen Verhaltens bei der Erforschung des unmittelbar Gegebenen nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten verbindlich. In der PA muß der Analytiker die Vorschriften der hermeneutischen Methode FREUDscher Prägung beachten. Ein klientenzentriert vorgehender Therapeut wird nach den Empfehlungen der verschiedensten Therapeutenregeln dazu angehalten, im Wesentlichen die unmittelbar gegebenen Erlebnisse und Gefühle des Klienten (und nach der E/S-Variablen auch von ihm selbst) zu verstehen und mitzuteilen. Da die Aufmerksamkeit des Klienten durch die Empfehlung zur Selbstexploration (vgl. SE-3 nach Schwartz; zit bei Bommert 1977, S. 90) auf bestimmte "Gegenstände" seines Erlebens und Fühlens gelenkt wird - er also nicht "frei" sich äußern

soll -, kann der Therapeut sich bei Einhaltung der SE-Regel nach "gleichen" Maßstäben der phänomenologischen Methode richten. Die Therapeutenregeln konkretisieren somit spezifische Momente einer Gesprächspsychotherapeutischen Phänomenologie. Nicht unerwähnt soll aber die Tatsache bleiben, daß von der gesamten Anzahl der Therapeutenregeln, die über das klassische Dreier-Dogma hinausgehend formuliert wurden, auch die klassischen psychoanalytischen Therapeutenempfehlungen erfaßt werden (s. oben S. 361 ff.).

Ein verhaltenstherapeutisch vorgehender Therapeut wiederum vermittelt seinem Klienten implizit ein Regelsystem wissenschaftlicher Tätigkeiten, das phänomenologische Aspekte weitgehend ausklammert.

Der sozialpädagogische Jugendberater muß besonders in der Anfangsphase der Beratung phänomenologisch in dem Sinne vorgehen, daß er seine Verbalisierungen auf die erlebten Aspekte der Problematik des Jugendlichen einstellt und diesen nicht durch "wilde" Äußerungen brüskiert und überfordert, indem er die subjektiven Erlebnis- und Verhaltensweisen des Jugendlichen und die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung nicht berücksichtigt.

(5.) Sozialkritischer Aspekt

Als letzten Aspekt wissenschaftlichen Vorgehens, der durch die Psychotherapie/Beratung implizit als "heimlicher Lehrplan" vermittelt wird, wollen wir den sozialkritischen Aspekt diskutieren. Sozialkritik fassen wir hier in einem doppelten Sinne auf, womit sowohl die Berücksichtigung sozialer oder gesellschaftlicher Aspekte wissenschaftlicher Arbeitsweisen als auch kritischer Aspekte der Theorie und Praxis gemeint sind.

(1.) Sozialer Aspekt. Ein nach wissenschaftlichen Erkenntnissen arbeitender Psychotherapeut oder Berater geht immer auch sozial vor, wenn er für einzelne oder Gruppen von Klienten Lernprozesse ermöglicht, die dem

einzelnen Individuum in mehr oder weniger strenger Isolierung oder Abgeschlossenheit eines "Kaspar Hauser" oder "Robinson Crusoe" nicht offenstehen. Klient und Therapeut leben in unterschiedlichen Lebensverhältnissen ihrer sozialen Gruppen und Schichten, die auch durch spezielle Arrangements des täglichen Miteinanderumgehens in einer therapeutischen Gemeinschaft oder anderen Formen des gemeinschaftlichen Wohnens und Arbeitens in Wohnheimen oder Tageskliniken, auch Wohngemeinschaften, nicht zur Deckung gebracht werden können. Die Selbstverständlichkeiten der Lebensverhältnisse des Therapeuten sind diesem ohne Nachdenken verfügbar und könnten vom Therapeuten auch dem Klienten vermittelt werden.

Der Grad der bewußten Reflexion eines Therapeuten über seine kognitiven, emotionalen und handelnden (u.a.) Komponenten seines gesellschaftlichen Bewußtseins entscheidet darüber, welche Inhalte der Therapeut evtl. auch für den Klienten für verbindlich hält. Faßt ein Therapeut seine psychotherapeutische Tätigkeit entweder als eine psychologische oder (sozial-)pädagogische oder (sozial-)psychiatrische usw. auf, so reduziert er die Vielfalt möglicher Lernangebote durch Psychotherapie auf einen einzelwissenschaftlichen Aspekt. Als Wissenschaftler gehört er häufig auch nur einer einzigen Schule der Psychotherapie an, die zumeist auch eine ganz bestimmte wissenschaftstheoretische Auffassung favorisiert.

Die überwiegend vertretenen wissenschaftstheoretischen Orientierungen der FA hatten wir als Hermeneutik, der GPT als Phänomenologie und der VT als behavioristischen Positivismus identifiziert. Ausgehend von den Lehrmeinungen dieser verschiedenen philosophischen Auffassungen, werden von den einzelnen psychotherapeutischen Schulen auch unterschiedliche Vorstellungen über den sozialen Aspekt ihrer Tätigkeit vertreten.

Ein hermeneutisch vorgehender Psychoanalytiker wird sich zumeist aufgrund der spezifischen Wissenschaftsgeschichte seiner Methode als Geisteswissenschaftler verstehen und

nicht als Sozialwissenschaftler. Ein Gesprächspsychotherapeut wiederum kann sich bei strenger Interpretation "seiner" phänomenologischen Methode von der Entscheidung für ein bestimmtes Wissenschaftsverständnis, das auch die gesellschaftlichen Abhängigkeiten aufgreift, auf scheinbar konsequente Weise entbinden, indem er sich allein dem phänomenal Gegebenen des einzelnen Subjekts verpflichtet fühlt. Hiermit erwählt er die individuelle Ausprägung einer Psychologie des Alltagsmenschen zum Ausgangspunkt und Maßstab seiner Wissenschaftsauffassung, reduziert Soziales auf Psychologisches. Der behavioristische Verhaltenstherapeut der SKINNER-Schule muß mit dem restriktiven Vokabular und Instrumentarium der erweiterten S-R-Formel nicht nur einfache reflexhafte Handlungen beschreiben, sondern auch die sozialen und dissozialen Verhaltensweisen, Gedanken, Einstellungen und andere psychologische Prozesse und Funktionen, die für eine biologische Verhaltensforschung wahrscheinlich nicht relevant sind.

Diese möglichen Haltungen der drei Schulen der Psychotherapie gegenüber gesellschaftlichen Aspekten ihrer Tätigkeit folgen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aus ihren vorherrschenden methodologischen und technischen Orientierungen. Vertreter jeder dieser Schulen können durchaus auch andere Positionen hierzu einnehmen (vgl. z.B. Fürstenau 1972, S. 22 ff.), die jedoch erst dann für unsere vergleichende Diskussion bedeutsam werden, wenn sie nicht nur theoretisch formuliert werden, sondern sich auch in technischen Vorschlägen für eine praktische Umsetzung niederschlagen. Eine Psychotherapie ist nämlich nur durchführbar, wenn mittels wissenschaftlich begründeter Handlungsanweisungen das "allgemein-menschliche" Können verbessert wird (vgl. aber auch Fürstenau 1972, S. 30 ff.). Die PA hat erst in Ansätzen ihre Technik der Einzelpsychotherapie für soziale Probleme und spezielle Gruppen von Klienten erweitert. Die technischen Empfehlungen für Klient und Therapeut scheinen bisher noch nicht durch neue Regeln ergänzt

oder modifiziert werden zu sein, die eine Berücksichtigung gesellschaftlicher Aspekte psychosozialer Probleme ermöglichen. Solange (größere) Gruppen von Individuen anscheinend mit den gleichen Methoden behandelt werden wie einzelne Klienten, bleibt das Bekenntnis zur sozialwissenschaftlichen Orientierung auch der PA eine "Wunscherfüllung".

Da wir aber die Besonderheiten der Methodiken der verschiedenen Formen von Psychotherapie/Beratung als Einzel-, Paar- oder Gruppenbehandlung nicht berücksichtigt haben, müßte diese Behauptung noch genauer belegt werden.

Für eine soziale und gesellschaftswissenschaftliche Psychotherapie wäre jedoch nicht nur eine neue Form der psychologischen Behandlung notwendig, sondern auch neue Inhalte, die sich aus der Rezeption sozialpsychologischer und sozialpädagogischer Theorieelemente ergäben. Die drei großen Schulen der Psychotherapie/Beratung haben anscheinend bisher noch nicht einmal eine Konzeption der Behandlung entwickelt, die die Beiträge der mehr gesellschaftswissenschaftlich angelegten psychologischen Unterdisziplin, nämlich der Sozialpsychologie, aufgreift. Die Beiträge der anderen Gesellschaftswissenschaften, besonders der Sozialpädagogik/Sozialarbeit, sind ebenfalls nicht verwendet worden, auch nicht zur Entwicklung einer sozial-orientierten Jugendberatung.

Lediglich die verschiedenen Ansätze einer Sozial- und Gemeindepsychiatrie versuchen, spezielle Beiträge einzelner Gesellschaftswissenschaften aufzugreifen, z.B. soziologische Bedingungen von STROTZKA (1972) oder sozioökonomische und arbeitswissenschaftliche Aspekte (neben anderen) in DÖRNER/PLOG (1972).

2.) Kritischer Aspekt. Der zweite Teilaspekt einer Sozialkritik des wissenschaftlichen Lernens innerhalb der Psychotherapie wurde von uns als kritischer Aspekt bezeichnet. Sofern durch die Psychotherapie/Beratung von Jugendlichen

auch kritische Haltungen gegenüber der Theorie und Praxis dieser psychosozialen Hilfeart vermittelt werden sollen, muß eine Darstellung der (sozial-)pädagogischen Seite von Psychotherapie/Beratung auch eine kritische sein.

Eine Kritik der Theorie(n) der psycho-sozialen Behandlung hätte die verschiedenen Ebenen der theoretischen Elemente einer Behandlungsmethode daraufhin zu untersuchen, ob die Ziele einer möglichst optimalen Hilfe bei psycho-sozialen Problemen erreicht werden können. Diese Ideologiekritik der Theorien der Psychotherapie ist von vielen Autoren bereits versucht worden und hat wichtige Erkenntnisse erbracht.

In der ungefähr 80jährigen Geschichte der neueren Psychotherapie seit S. FREUD sind sowohl ehemalige Schüler als auch Berufskollegen, die den überlieferten Theorien und Methoden der Behandlung oder Verwahrung psychisch Kranker weiterhin anhängen oder selbst eigene Konzepte entwickelten, in einen wissenschaftlichen Disput über die richtige, erfolgreiche usw. Auffassung der Psychotherapie eingetreten. In den verschiedenen zusammenfassenden Darstellungen der Psychotherapie/Beratung werden die unterschiedlichen Argumente der einzelnen Schulen zumeist in "parteilicher" Art aufgeführt, indem der Autor selbst sich einer der Schulen zuordnet (vgl. z.B. Langen 1971, Kiernan 1974/1976, Schmidbauer 1975).

Oben haben wir versucht, die (Theorie der) Praxis der Psychotherapie kritisch zu analysieren, indem wir die für die Praxis entwickelten technischen Empfehlungen der drei wesentlichen psychotherapeutischen Schulen miteinander verglichen. Grundintention dieser Kritik der Techniken war, für eine Verbesserung der psycho-sozialen Hilfe von psychisch Kranken vorbereitende Überlegungen anzustellen.

Bei dieser vergleichenden Analyse der Technologien der Psychotherapie hatten wir uns jeglicher Voreingenommenheit zu enthalten versucht. Dabei sind wir von der Voraussetzung ausgegangen, daß nicht eine einzige Technologie

einer bestimmten Schule die bestmöglichen Heilungsmöglichkeiten für alle psychisch Kranken mit ihren verschiedenen Problemen zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Erkrankungs- und Heilungsprozesses zu erschließen vermag. Welche Schule der Psychotherapie den größtmöglichen Nutzen für den einzelnen Erkrankten (und die Gesellschaft) erbringen kann, muß immer wieder durch eine unvoreingenommene Technologiekritik neu herausgearbeitet werden, indem die Entwicklungen der neuen Methoden kritisch in die Überlegungen einbezogen werden.

Die Technologiekritik wurde hier als "theoretische" Analyse durchgeführt, obwohl hier doch scheinbar eine praktische Frage vorliegt, die auch nur durch konkrete Erforschung der Praxis entschieden werden kann. Bevor aber diese Erforschung der praktischen Behandlungsbemühungen verschiedener Schulen der Psychotherapie vorgenommen wird, sollten die Voraussetzungen dieser empirischen Sozialforschung geklärt werden. Die relevanten Voraussetzungen einer empirischen Untersuchung der Praxis von Psychotherapie lassen sich wiederum nur durch theoretische Überlegungen herausfinden. Einige davon wurden hier vorgelegt.

Gänzlich anders gingen diejenigen Forscher vor, die im Rahmen einer empirischen Psychotherapieforschung die Ergebnisse und Erfolge von Psychotherapie feststellen wollten. Die Methoden der empirischen Sozialforschung und der epidemiologischen und katamnästischen Forschung der Psychiatrie und Klinischen Psychologie können mit gänzlich verschiedenen Intentionen durchgeführt werden. Ein spezieller Aspekt ist der kritische, der die praktischen Ergebnisse unterschiedlicher Behandlungsmethoden miteinander vergleicht und sie am Niveau der bestmöglichen Erfolge beurteilt. KIRCHNER u.a. (1977, S. 65) sehen das Ziel der Psychotherapieforschung darin, "Therapieformen herauszufinden, die wirksamer und/oder ökonomischer sind als bereits existierende Behandlungsformen und/oder Nicht-Behandlung."

Dieser kritischen Intention der Psychotherapieforschung begegnen die einzelnen Schulen der Psychotherapie auf verschiedene Weise. Die radikalste Position der Ablehnung des Anspruchs von kritischer empirischer Erforschung der Wirkungen oder Ergebnisse von Psychotherapie ist damit gegeben, daß bereits die Möglichkeit oder Berechtigung der praktischen Überprüfung der psychotherapeutischen Tätigkeit in Zweifel gezogen wird. Diese Haltung übernehmen nach BÖTTGER (1977, S. 104) viele Psychoanalytiker. Eine ebenfalls radikale Position vertreten diejenigen Verhaltenstherapeuten, die aufgrund sekundär-statistischer Analysen oder eigener Untersuchungen den Beweis erbringen wollen, daß einzig und allein diese Schule der Psychotherapie "erfolgreich" arbeitet (vgl. bes. Rachman 1971/1974).

Diese beiden radikalen Positionen gehen von der nicht unproblematischen Annahme aus, daß der "Streit" zwischen (und innerhalb) den (bzw. der) verschiedenen Schulen der Psychotherapie um die "erfolgreichste" und "ökonomischste" Behandlungsmethode ein "Alles- oder Nichts"-Problem sei, das nur durch ein Entscheidungsexperiment mit dem Sieg der einen Schule und der Niederlage der vielen anderen gelöst werden könne.

In der langen Geschichte der (Theorien der) Natur- und Gesellschaftswissenschaften wurden kontroverse Positionen jedoch nicht immer auf diese einfache Weise gelöst, sondern auch durch komplizierte Grenzziehungen, die den Geltungsbereich bestimmter Ansätze auf bestimmte Situationen oder Umstände einschränkten, aber für andere Ansätze eine spezifische Berechtigung herausarbeiteten. Der "Streit" der verschiedenen Schulen der Psychotherapie/Beratung kann hier nur insofern aufgeklärt werden, als berechnete Argumente für eine begrenzte Daseinsberechtigung bestimmter Erkenntnisse der einzelnen Schulen und somit auch für die Zweckmäßigkeit einer Kombination verschiedener Elemente der einzelnen Techniken der psychotherapeutischen Schulen vorgelegt werden.

Diese Position wird innerhalb der Psychotherapie von Autoren vertreten, die sich der "differentiellen Psychotherapie" zuordnen oder ein pluralistisches Beratungs- und Psychotherapiekonzept vertreten.

Die beiden gegensätzlichen Positionen der radikal-orthodoxen und der differentiell-pluralistischen Psychotherapeuten beinhalten auch verschiedene Meinungen gegenüber dem Problem der Entscheidung über die Wahrheit oder Richtigkeit, Aussagefähigkeit, Relevanz oder Ökonomie der Behandlungsmöglichkeiten ihrer eigenen psychotherapeutischen Schule. Wenn das Problem der Schulenabhängigkeit von Psychotherapie nicht durch Dekrete, Machtworte oder "herrschende" Gesetze gelöst werden soll, sondern durch wissenschaftliche Argumentation und Beweise, dann fällt der empirischen Psychotherapieforschung eine wesentliche Aufgabe zu. Nur durch differenzierte theoretische Analysen und praktische, empirische Überprüfungen können die Möglichkeiten und Grenzen der Heilungswirksamkeit der verschiedenen Technologien der Psychotherapie aufgeklärt werden.

Eine kritische Überprüfung der Wirksamkeit des unterschiedlichen Vorgehens in der Psychotherapie kann somit nur durch kritische Erforschung der Praxis erfolgen. An den praktischen Ergebnissen von Psychotherapie muß sich der Nutzen bestimmter Techniken erweisen.

Nach einer erst im Jahre 1977 veröffentlichten zusammenfassenden Analyse spezieller Aspekte der neueren Psychotherapieforschung sind die methodischen Anforderungen für eine aussagefähige empirische Psychotherapieforschung jedoch als sehr hoch anzusehen (vgl. Kiesler 1966/1977, bes. aber Kirchner u.a. 1977). Nach den Qualitätsstandards des Konzeptes der Internen und Externen Validität von empirischen Untersuchungen müssen die bisherigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung der drei Schulen der Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie als unzureichend beurteilt werden.

Hieraus sollte jedoch keineswegs der Schluß gezogen werden, daß empirische Untersuchungen sinnlos seien, weil die hohen Qualitätsansprüche an eine valide Psychotherapieforschung niemals vollständig erfüllt werden könnten (vgl. auch Kirchner u.a. 1977, S. 101 f.).

Eine ernstzunehmende Alternative zur praktischen Überprüfung der Heilungswirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsweisen scheint nicht zu existieren. Wenn aber die Qualitätsmaßstäbe einer "optimalen" Psychotherapieforschung nur schwerlich zu erfüllen sind, so lassen sich auch diese Maßstäbe in Frage stellen und andere Konzepte einer praktikablen Psychotherapieforschung entwickeln, was vielleicht durch Rezeption des Paradigmas der Aktionsforschung geschehen könnte.

Akzeptiert man die hier vorgeschlagene kritische Intention einer empirischen Psychotherapieforschung, so können die folgenden Ansätze der Psychotherapieforschung unterschieden werden.

Erstens lassen sich die Arbeitsweise und Ergebnisse der eigenen Schule der Psychotherapie empirisch untersuchen mit dem Ziel der Optimalisierung des eigenen Vorgehens oder der Demonstration der Heilungswirksamkeit gegenüber der Öffentlichkeit. Alle drei Schulen der Psychotherapie haben Forschungsergebnisse dieser Art vorgelegt. Lediglich einige orthodoxe Schüler der klassischen Psychoanalyse lehnen empirische Untersuchungen gänzlich ab (vgl. z.B. Beckmann u.a. 1974, S. 195). Sowohl die Tochterschule der PA von Anna FREUD als auch die neopsychoanalytische SCHULTZ-HENCKE-Schule von Annemarie DÜHRSEN haben empirische Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit ihrer Behandlungsmethoden vorgelegt (vgl. z.B. Biermann 1969, Bd. 2; Dührsen 1972). Auch die TAUSCH-Schule der GPT hat 1974 bzw. 1976 ihre "Ergebnisse und Prozesse der Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 110 Gesprächspsychotherapeuten" im Zeitraum von 6 Jahren der Untersuchungen des Psychologischen Institutes der Universität

Hamburg veröffentlicht (vgl. Tausch 1976). Einen Nachweis der klinischen Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Behandlungstechniken versucht RACHMAN (1971/1974, S. 133 ff.) zu geben, indem er eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Belege aus experimenteller und klinischer Forschung vorlegt (vgl. auch Kraiker 1974, Schröder 1977).

Gegenüber diesem Typ von Psychotherapieforschung, wodurch die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung durch die Behandlungsprozeduren einer einzelnen Schule der Psychotherapie nachgewiesen wird, setzen sich andere empirische Untersuchungen ein höheres Ziel in dem Sinne, daß sie die Behandlungsergebnisse verschiedener Schulen der Psychotherapie miteinander vergleichen.

Zweitens. Empirische Vergleichsstudien der Psychotherapieforschung wurden anscheinend im angloamerikanischen Sprachbereich der 60er Jahre vor allem mit dem Ziel durchgeführt, anhand eines vorgeblich idealen Entscheidungsexperiments die "Überlegenheit" oder größere Heilungswirksamkeit und/oder Ökonomie einer Behandlungsmethode einer einzigen Schule der Psychotherapie nachzuweisen. Hier "wetteiferten" vor allem die GPT und VT darin, gegenüber der PA bessere Heilungsergebnisse zu erzielen (vgl. Rachman 1971/1974).

Die Kritik der GPT und VT an der PA führte zumeist zu einer Umkehrung der Argumentationsfigur der PA: Der monistische und dogmatische Mythos der allein heilenden Wirkung der PA wurde durch das Vertrauen auf die eigene Schule (der GPT bzw. VT) ersetzt.

Für diesen Mythos der alleinigen Heilungswirksamkeit der VT oder GPT wurden auch wissenschaftliche Belege gesucht. Der Verhaltenstherapeut EYSENCK versuchte durch Gegenüberstellung der Heilungs- und Besserungsraten verschiedener Schulen der Psychotherapie oder "interpretativen Therapie", besonders der PA und GPT, nachzuweisen, daß ungefähr 2/3 aller neurotischen Patienten innerhalb von zwei Jahren nach Beginn ihrer Erkrankung geheilt oder erheblich gebessert würden, dabei sei gleichgültig, ob diese mit einer

FREUDschen oder einer anderen Psychotherapie behandelt worden wären oder nicht (vgl. Eysenck 1952; zit. n. Rachman 1971/1974, S. 11). Im Jahre 1960 ergänzte er diese These zur Spontanremission mit der Behauptung, daß psychotherapeutische Methoden, die auf den Lerntheorien basierten, bessere Heilungsergebnisse erzielten (vgl. Rachman 1971/1974, S. 15).

Ein Schüler EYSENCKs hat im Jahre 1971 noch einmal die verschiedensten empirischen Untersuchungen und Vergleichsstudien analysiert und die These seines Lehrers wiederholt (vgl. Rachman 1971/1974, S. 9, S. 20 - 47, bes. S. 45 f.). Psychotherapeuten anderer Schulen, aber auch Verhaltenstherapeuten, halten die Belege EYSENCKs jedoch für nicht beweiskräftig (vgl. Kiesler 1966/1977, S. 15 - 27; Bayer 1974, S. 162, hier weitere Literaturangaben).

Eine abschließende Beurteilung der These über Spontanremissionen können wir hier nicht geben; stattdessen müssen wir uns beim heutigen Wissensstand der empirischen Psychotherapieforschung mit dem Ergebnis begnügen, daß viele Fragen nach der Quote der Heilungen und der Ökonomie verschiedener Behandlungstechniken ungeklärt sind. Eine kritische Analyse der empirischen Ergebnisse der Psychotherapieforschung und speziell der Vergleichsstudien erlaubt somit keine abschließenden Beurteilungen der Erfolge verschiedener Schulen der Psychotherapie, sondern verschiedene Vermutungen, die sich auf zwei grundverschiedene Typen reduzieren lassen: einerseits monistische oder dogmatische Auffassungen über Psychotherapietechniken, andererseits pluralistische oder differentielle.

Die monistischen Anschauungen vertreten weiterhin die These von der alleinigen Heilungswirksamkeit ihrer schulenspezifischen Behandlungstechniken. Kritisch sind diese Ansichten in dem Sinne, daß sie die Auffassungen der konkurrierenden Schulen in Frage stellen, gegenüber der eigenen Arbeitsweise aber ihr kritisches Urteilsvermögen nicht zur Anwendung bringen. Diese monistischen Psychotherapeu-

ten kritisieren alle anderen Schulen, verzichten jedoch auf Selbstkritik.

Der Psychoanalytiker FÜRSTENAU z.B. äußerte noch 1972 die Meinung, daß die PA im Gegensatz zu vielen anderen Schulen der Psychotherapie der Mannigfaltigkeit therapeutischer Bedürfnisse allein differenziert Rechnung tragen könne. Da das Indikationsproblem nicht durch Empirie-Statistik gelöst werden könne, müsse jede Schule für sich ihr Behandlungsverfahren einer "inneren" Differenzierung unterwerfen. Dies sei

"die einzige Möglichkeit, innerhalb der betreffenden Schulen und Richtungen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß verschiedenartige Patienten unter verschiedenartigsten Umständen angemessen und erfolgreich behandelt werden" (Fürstenau 1972, S. 47).

Sein psychotherapeutischer Kollege TAUSCH (1976) aus der Schule der GPT vertritt eine ungefähr analoge Meinung, wenn er folgendes festlegt:

"Eine unkontrollierte Vermengung verschiedener Methoden durch einen Psychotherapeuten bei einem Klienten ist vermutlich zumindest derzeit nicht günstig. Dagegen sollte eine generelle Bereitstellung von speziellen Verhaltenstrainingskursen sowie von Sportmöglichkeiten erfolgen; dieses jedem Klienten zu Beginn oder nach den ersten Gesprächen eröffnete Angebot sollte jeder Klient entsprechend seinen Wünschen und Erfahrungen frei nutzen können" (Tausch, 1976, S. 162; in Helm u.a.).

RACHMAN (1971/1974) aus der verhaltenstherapeutischen Schule um EYSENCK hält eine Integration von PA und VT aus theoretischen und praktischen Gründen für nicht begrüßenswert. Eine Integration der gegenteiligen Standpunkte sei in theoretischer Hinsicht nicht zu begrüßen, "da sie die fundamentalen und wichtigen Differenzen zwischen beiden Ansätzen vernebeln würde." In praktischer Hinsicht müßte nachgewiesen werden, daß eine Verbindung beider Ansätze bessere Erfolge erbringe als jede für sich durchgeführte Behandlungsform. "Aus sehr guten Gründen läßt sich ein solches Ergebnis als sehr unwahrscheinlich erwarten". Rigoros behauptet RACHMAN (1971/1974, S. 182):

"Eine Verbindung der verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Methoden wäre nur dann berechtigt, wenn sich die Psychotherapie (im Sinne einer 'interpretativen Therapie' wie besonders die PA und GPT, Ergänzung W. K.) wenigstens als teilweise wirksam erweisen könnte. Da ein solcher Nachweis bisher jedoch noch aussteht, wäre keinem nützlichen Zweck gedient, wenn man die Verhaltenstherapie verwässert."

Diesen drei typischen Stellungnahmen von monistisch vorgehenden Psychotherapeuten lassen sich andere gegenüberstellen, die ein pluralistische und differentielle Psychotherapie empfehlen.

Drittens. Ein pluralistisch arbeitender Psychotherapeut versucht eine Kombination und Integration der verschiedenen Techniken der drei (und evtl. noch weiterer) wichtigen Schulen der Psychotherapie vorzunehmen. In der praktischen Arbeit werden vermutlich bereits heute viele Psychotherapeuten pluralistisch oder eklektisch vorgehen, indem sie sich über die Behandlungsvorschriften der einzelnen Schulen hinwegsetzen und nach eigenem Gutdünken und wissenschaftlichen Ansprüchen verschiedene Techniken kombinieren.

In der theoretischen Diskussion dagegen ist bis heute kein neuer Ansatz einer differentiellen Psychotherapie entwickelt worden. Ebenfalls stehen empirische Untersuchungen der pluralistisch arbeitenden Psychotherapeuten aus. Bei den hohen Qualitätsansprüchen einiger Verfechter einer spezifischen Psychotherapieforschung (vgl. bes. Petermann 1977, Bayer 1974) können von praktisch tätigen Psychotherapeuten anscheinend keine aussagefähigen oder beweiskräftigen Forschungsergebnisse vorgelegt werden. Lediglich durch groß angelegte Untersuchungen großer Teams von Psychotherapeuten und/oder Forschern könnten die Standards einer bestimmten Art von Psychotherapieforschung erfüllt werden, die sich überwiegend auf Mehrgruppenuntersuchungen stützen sollte (vgl. aber auch Kirchner u.a. 1977, S. 83 ff.).

In dieser desolaten Situation eines pluralistisch vorgehenden Psychotherapeuten müssen noch viele theoretische und forschungspraktische Vorarbeiten geleistet werden, bis eine neue Theorie und Praxis der differentiellen Psychotherapie entwickelt ist.

Die hier vorgelegten vergleichenden Analysen möchten hierzu einen vorläufigen Beitrag leisten. Unter den verschiedensten Aspekten des wissenschaftlichen Lernens hatten wir zuletzt einige Gesichtspunkte zusammengetragen, die bei der Entwicklung einer neuen Konzeption einer differentiellen Psychotherapie berücksichtigt werden sollten.

A N M E R K U N G E N

- (1) Das "Young People's Consultation Centre" in London hieß später "New Horizon Youth Centre". Diese Jugendberatungsstelle arbeitete zumindest in den Jahren 1973 bis 1975 fast ausschließlich psychiatrisch und karitativ (vgl. die beiden Jahresberichte: New Horizon Youth Centre. Annual Report 1973/74; ferner: New Horizon Youth Centre. Annual Report 1974/75, 1975).
- (2) Betrachtet man dagegen die "Reformbestimmungen" des Referenten-Entwurfes eines Jugendhilfegesetzes von 1974, die maximal eine Aufenthaltsdauer von 3 Tagen ohne "unverzügliche Anzeige" vorsieht, dann kann man die Bedeutung der Durchsetzung dieser Regelung des JAC ermesen (vgl. Referenten-Entwurf eines Jugendhilfegesetzes 1974, § 96 Abs. 3). Hierdurch will man die Gefahr eines "Untertauchens" in den Griff kriegen, da man die Personensorgeberechtigten, also meist die Eltern, entsprechend informieren will (vgl. Begründung zum Referenten-Entwurf 1974, S. 159). Offensichtlich schaffen es aber viele Jugendliche, auch länger als drei Tage unterzutauchen, wenn man den Zahlen über "vermißte" Kinder und Jugendliche Glauben schenken darf: 1973 wurden 22 000 als vermißt gemeldet (vgl. Ausreißer: "Bloß weg von zu Hause", in: Spiegel 29/1975, Nr. 41, 6. Okt., S. 85 - 91; hier S. 88).
- (3) Als weiteren Bericht über ein Jugendinformationszentrum vgl. die kurze Notiz: HONIG (1975). Diese Institution aus München hat ein ähnliches Konzept wie das JAC-Amsterdam. Die Weiterbildung der Mitarbeiter soll durch eine Supervision eines geschulten Jugendpflegers sichergestellt werden.
Allgemeine Vorstellungen über das Jugendinformationszentrum werden auch von dem Ausschuß des Bundesjugendkuratoriums entwickelt (vgl. Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 73 - 77).
- (4) Ähnliche Konzeptionen einer Kombination von Jugendberatung mit Jugendpflege vertreten z. B. folgende Autoren: Derschatta (1974), Diemer (1975) und Swoboda (1975).
- (5) Bei den "Problem-Touristen" handele es sich dabei um "Jugendliche Touristen, oft Tramper, die während ihres Berlin-Aufenthaltes aus einer Summation verschiedener Gründe (wie Geldmangel, Verführung zu Alkohol- und Drogenkonsum und Delikten, Orts- und Sprachschwierigkeiten, körperlich-psychische Erschöpfungszustände usw.) sich selbst oder ihrer Umwelt gegenüber zum Problem werden" (Zur Entstehung 1973, S. 58, Anm. 2).
- (6) Als eine spezielle Form von Jugendberatung für die Zielgruppe der "harten Fälle" (Zettel) der Jugendhilfe und -fürsorge läßt sich auch das SSK betrachten. Diese "Sozialpädagogischen

Sondermaßnahmen e.V." aus Köln sind ein gemeinnütziger Verein, der sich um obdachlose und nichtseßhafte Kinder und Jugendliche kümmert (vgl. Gothe/Kippe 1975). Bereits im Jahre 1973 reagierten auch die Sozial- und Jugendhilfebehörden der Stadt Köln mit der Konzipierung eines öffentlichen Alternativangebotes für diese Zielgruppe der "Streuner", "Treber" oder "obdachlose(n) und nichtseßhafte(n) Minderjährige(n)" (vgl. Körner u. a. 1973).

- (7) Der Bericht über diese Jugendberatungsstelle in Stuttgart von STAHL/PANZER (1973) scheint der einzige Erfahrungsbericht einer eigenständigen Beratungsinstitution für Jugendliche aus der Bundesrepublik Deutschland von ungefähr 1968 bis 1976 zu sein. Als Materialbasis ist hierbei die Dokumentation des Deutschen Jugendinstitutes zugrundegelegt worden. Diese periodische Literaturdokumentation wertet eine Vielzahl von deutsch- und fremdsprachigen Zeitschriften und Periodika aus (vgl. Arbeitsgruppe Dokumentation 1978; ferner die älteren Jahrgänge ab 1968). Neben den Berichten von HÜLSTER (1973, 1976) über die Jugendberatungsstelle des JAC aus Amsterdam existiert nur noch ein einziger Erfahrungsbericht aus dem angloamerikanischen Raum: REINHHERZ u. a. (1976).
- (8) Auf die rechtlichen Fragen der Verschwiegenheit und Zeugnisverweigerung auch für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen können wir hier nicht eingehen. Die Rechtslage bis 1975 wird dargestellt von BOTT (1975); bzw. BOTT u. a. (1975). Vgl. auch den einführenden Handbuch-Artikel von SCHUMACHER (1975).
- (9) Die vollständige Tabelle der "Störungsmerkmale" von STAHL/PANZER (1973, S. 23) soll hier wiedergegeben werden. Oben hatten wir die Prozentwerte der Unterkategorien der einzelnen Störungsmerkmale gemittelt, außer denjenigen Werten, die mit "+" gekennzeichnet sind. Neben den "allg. Stimmungsstörungen" mit 70 bzw. 48 % und "ausweichendes Verh." mit 78 bzw. 68 % scheinen uns diese Werte besonders bedeutsam zu sein.

Störungsmerkmale (%)	drogen- gefährdete Jugendliche	Jugendliche ohne Drogenkonsum
Somatische Störungen	34	18
Funktionsstörungen innerhalb der Körpersphäre	59	34
Störungen des Ich-Gefühls und der Grundstimmung		
Angstsymptome	10	9
depressive Verstimmung	22	14
(Suicidversuch)	11	9
allgem. Stimmungsstörungen	70	48
Störung des Selbstwertgefühls	19	32
gestörte Gef. zur eig. Person (Identitäts-Krisen)	52	32

Störungsmerkmale (%)	drogen- gefährdete Jugendliche	Jugendliche ohne Drogenkonsum
Verhaltensstörungen		
ausweichendes Verh.	78	68
eingeeengtes Verh.	1	20
dissoziales Verh.	38	14
Kontaktstörungen	30	46
Umweltkonflikte		
gestörtes Verhältnis zu den Eltern	73	61
Geschwisterkonflikte	4	14
disziplin. Störungen in Schule u. Beruf	41	20
Störungen im Leistungsbereich		
Leistungsabfall in der Schule, Schulversagen	38	30
Versagen im Beruf	36	14
(Leistungsstörungen insgesamt)	74	44
Zerstreuung, Vergeßlichkeit, Konz.-Störungen	48	34
M. a. Interesse u. Initiative	52	23
Arbeitsunlust	33	18
Unselbständigkeit, Planlosigkeit, Unüberlegtheit	27	11

- (10) Zur Berufswahl vergleiche besonders den Reader von LANGE/BÜSCHGES (1975); aber auch den Aufsatz von STARK (1975) über Berufswahlen von Hauptschülern.
- (11) Vgl. besonders zum folgenden die zusammenfassende Darstellung des Gutachtenbandes 54 des Deutschen Bildungsrates "Zum Problem des Betriebes als einem Lernort" (Hornstein u. a. 1975, S. 221 - 254) und die erziehungswissenschaftliche Dissertation von MAIR (1976).
- (12) Für die soziologischen Forschungen über jugendliche Ablösungsbestrebungen von Eltern nennen die Autoren u. a. folgende Quellen: Kreutz 1964, EMNID 1964, Blücher 1966, Spandl 1966.
- (13) Ein entsprechend allgemeiner Katalog von Kenntnissen, Fähigkeiten und Haltungen wurde entnommen aus GIESECKE (1971), KLAFKI (1970), CLAUSSEN (1972), H. ROTH: Pädagogische Anthropologie, Bd. 1, vgl. Mehr Chancen für die Jugend 1974, S. 40.
- (14) Daß die Psychoanalyse auch eine spezielle Theorie des Jugend-

alters bzw. der Pubertät entwickelt hat, brauchen wir an dieser Stelle nicht weiter auszuführen (vgl. besonders Bloß 1973 oder auch Hornstein 1977, S. 517 ff.). Die speziellen Ablösungskonflikte Jugendlicher von ihrer Familie behandeln ebenfalls Psychoanalytiker: Zauner 1976 und Stirlin, Ravenscroft 1974.

- (15) In dem Taschenbuch "Psychoanalyse und Verhaltenstherapie", herausgegeben von BACHMANN (1972), äußern sich auch STROTZKA (vgl. a.a.O., S. 68 f.), GÖRRES (vgl. a.a.O., S. 71, 77 ff.) und COHEN (vgl. a.a.O., S. 90 f.). Aus der psychoanalytischen Tochtterschule von SCHULTZ-HENCKE liefert SCHMIDBAUER (1975) einen Vergleich von 15 verschiedenen Konzepten der Psychotherapie. Der Amerikaner KIERNAN (1976, S. 334) hält eine Mischung von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie für die "wahrscheinlich erfolgreichste Methode". SANDER (1975) dagegen spricht sich für die Gesprächspsychotherapie aus. Darüber hinaus erscheinen laufend im anglo-amerikanischen und deutschen Sprachbereich neue vergleichende Darstellungen der verschiedensten Schulen, Tochtterschulen, Abspaltungen und Richtungen der Psychotherapie: BACH/MOLTER (1976), KOVEL (1977), WINKEL (1977).
- (16) In dem deutschen Lehr- und Handbuch der Kinderpsychotherapie aus der Anna-FREUD-Schule stellt der Herausgeber G. BIERMANN die historische Entwicklung der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor. Hier führt er auch die Schweizer Schule von O. PFISTER und dessen Schüler H. ZULLIGER an, ferner die individualpsychologische Schule Oesterreichs, dann zwei weitere Schulen und Institute aus London, weitere Schulen aus Frankreich, den USA und aus Israel (vgl. Biermann 1969).
- (17) So hat sich z. B. T. KIERNAN (1976, S. 18) "einer Reihe von Psychotherapien unterzogen und mehr als 60 Psychotherapeuten aller Richtungen und annähernd 200 in psychotherapeutischer Behandlung befindliche oder ehemalige Patienten in vielen Stunden interviewt".
- (18) Nach Auffassung der Verhaltenstherapie haben die Symptome einen gänzlich anderen Stellenwert. Ihr Verschwinden wird nicht zu verhindern versucht, sondern angestrebt, weshalb eine vorzeitige Heilung von neurotischen Symptomen nicht denkbar ist, sondern ein unvollständiges Verschwinden und der Erwerb neuer Symptome, was auch während der Behandlung geschehen kann.
- (19) Die Selbstanalyse wird in der Psychoanalyse aber als narzißtischer Widerstand gedeutet, da sie den wichtigen Behandlungsmechanismus der Übertragung ausschaltet (vgl. hierzu Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 2, S. 462). Der Analytiker selbst soll in der Lehranalyse die Wirkungsweise der Deu-

tungen "am eigenen Leibe" erfahren und durch die Selbstanalyse diesen Prozeß der Erhellung der eigenen unbewußten Dynamik "unbegrenzt" fortsetzen (vgl. a.a.O.).

- (20) Vgl. die Kritik Anna FREUDs an den strengen und einseitigen Deutungsvorschriften der Kinderanalyse für Symbole durch Melanie KLEIN, die z. B. das spielerische Umwerfen einer Spielfigur durch ein Kind als aggressive Neigung gegen ein Elternteil deutet oder sogar anhand eines gespielten Auto-unfalls "auf die Beobachtung des Geschlechtsverkehrs der Eltern" schließt (Anna Freud 1975, S. 50).
- (21) Die angebliche Begründung für diese Verquickung von Widerstand (des Analytikers) und Gegenübertragung erfolgt durch diese Fußnote: "Unter Widerstand des Analytikers versteht man im allgemeinen eine Gegenübertragung. Wir haben das hier angeführt, weil es sich um einen ungelösten Konflikt in bezug auf Kinder handeln kann. Vom Kinderanalytiker werden besondere Charakterzüge und Einsichten verlangt" (Pearson 1972, S. 396).
- (22) In den Eingriffen der Psycho-Chirurgie in das menschliche Gehirn erfährt dieser Mechanismus der Zerstörung von hinderlichen "Teilen" des seelisch Kranken seine materialisierte und scheinbar konsequente Anwendung. Vergleiche hierzu die Diskussion um die Psycho-Chirurgie z. B. in der Zeitschrift "Psychologie heute": Psycho-Chirurgie, Sexualwissenschaftler kämpfen gegen stereotaktische Hirnoperation, 3/1976/7, S. 27 - 32, und in den folgenden Heften.
- (23) Vgl. die Erhebungen über das Sexualverhalten Jugendlicher: z. B. Schofield 1969, Sigusch/Schmidt 1973; oder die zusammenfassenden Darstellungen in Hornstein u. a. 1975, S. 437 - 451 oder Röhm 1974, S. 64 - 76.
- (24) Zur Elterntherapie oder Beratung sagt das Handbuch PEARSONS (1972, S. 408): "Natürlich ist es wiederum nicht einfach, mitanzusehen, wie die Eltern leiden und ihnen nicht zu helfen. Aber im allgemeinen ist es besser, die Eltern zur Behandlung zu schicken, als zu versuchen, ihn oder sie gleichzeitig mit dem Kind zu behandeln."
- (25) Vgl. EISSLERs Bezugnahme auf Anna FREUD (1936, S. 159, 163) in seinem Aufsatz von 1966, S. 839.
- (26) Zu den Details dieser Technik der Verwahrlostentherapie sagt EISSLER: "Eine detaillierte Darstellung der einzelnen klassischen Maßnahmen, die erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hier möge der Hinweis genügen, daß der Analytiker dem Patienten partielle Wunscherfüllung in einer Form gewährt, die ihn nicht weiter und tiefer in impulsives Verhalten hineintreibt, aber doch verstärkend auf die positive Übertragung wirkt. Der Analytiker wird zu einer akzeptablen Über-Ich-

Figur, wenn er dem Verwahrlosten zunächst beweist, daß seine eigenen Kenntnisse, wie man ungestraft delinquente Impulse befriedigen kann, denen des Verwahrlosten überlegen sind (...)" (Eissler 1966, S. 847).

Die grausamen, aber verdrängten Schuldgefühle müßten durch verlässlichere Sicherheitschranken, durch Verbote, die das Toleranzniveau nicht überschreiten, ersetzt werden.

- (27) EISSLERs Aufsatz wurde 1958 zum ersten Mal in der Zeitschrift "The Psychoanalytic Study of the Child" veröffentlicht und 1966 vom Autor revidiert und ins Deutsche übersetzt; vgl. die Fußnote auf S. 837 des Aufsatzes von EISSLER (1966).
- (28) In dem GLOSSAR der Einführung in das Werk Melanie KLEINs von Hanna SEGAL (1974, S. 163 - 167) sind die gebräuchlichsten Begriffe der KLEIN-Schule zusammengestellt, z.B.: Vereinigte Eltern (statt: Urszene; vgl. Laplanche/Pontalis 1975, S. 576 - 578), Depressive Position (nach Erkennung der Mutter als ganzes Objekt), Identifikation, Introjektive Projektion, Projektive Identifikation, Paranoid-schizoide Position (als früheste Entwicklungsphase), Idealobjekt (Brust oder Penis).
- (29) MALE drückt dies so aus: "Die Welt des Jugendlichen ist verschieden von der Welt des Erwachsenen. Die Realitätserfassung erfolgt auf dem Wege über die Angst vor Objekten und deren Begehren. Das angsterregende oder faszinierende Gefühl des Entdeckens und die unmittelbaren sexuellen 'Signale' unterscheiden sich durch ihre Intensität oder Qualität von denen im späteren Lebensalter" (Male 1976, S. 61).
- (30) Was die Mehrzahl von (557 befragten) Gymnasiasten und Studenten tatsächlich für Phantasien während der Onanie entwickeln und ob sie Schuldgefühle (oder Kastrationsängste oder "Ödipales") empfinden, hat CARNAP (1976, S. 38 und 39) empirisch untersucht: Männliche Jugendliche phantasieren zu 73 Prozent und weibliche zu 31 Prozent einen heterosexuellen Partner hinzu, Schuldgefühle würden weniger als vor einem Jahrzehnt erlebt, und die überwiegende Mehrheit der Befragten habe das Gefühl, daß Onanie die Sehnsucht nach einem Partner noch verstärke und also letztlich zum Partner führe.
- (31) In dem folgenden Satz drückt MALE (1976, S. 121) diese Aufgabe des Analytikers aus: "Tatsächlich ist bei diesen Patienten das Triebleben oft schwer gestört, sie verkennen die sexuellen Probleme, weigern sich, über Dinge zu sprechen, die sie als gefährlich oder schuldhaft empfinden, lehnen die Masturbation ab, die sie als angstaussösend erleben und gegen die sie mit Hilfe von Intellektualisierung und Askese verzweifelt ankämpfen, und manchmal auch dadurch, daß sie Abwehrformen entwickeln, die ihren Charakter prägen."

- (32) Das ICD-8 fordert als charakteristische Symptome des Schizophrenen den Verlust des Gefühls von Individualität, Einmaligkeit und Unabhängigkeit der Person. Intimste Gedanken, Gefühle und Handlungen seien anderen bekannt. In der Wahrnehmung erhalten nebensächliche Gesichtspunkte übermächtige, meist auf ihn gerichtete und unheimliche Bedeutung. Bei der charakteristischen schizophrenen Denkstörung stehen nebensächliche Dinge im Vordergrund; das Denken wird vage, schief, obskur und der sprachliche Ausdruck oft unverständlich. Die Affekte können flach, launisch und unangepaßt sein. "Ambivalenz und Willensstörungen können als Untätigkeit, Negativismus oder Stupor erscheinen" (vgl. Diagnoseschlüssel 1975, S. 33 f.).
- (33) In ihrem dritten Buch "Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen" aus dem Jahre 1972 referiert Annemarie DÜHRSEN u. a. die Autoren ALEXANDER, FERENCZI, Karen Horney, BALINT, RAPAPORT, HARTMANN, FROMM und Anni REICH.
- (34) Unser Bewußtsein sei hiernach in drei verschiedene Stockwerke oder Räume eingeteilt, die irgendwie aneinandergrenzen und durch sogenannte "Zensoren" oder Übergänge miteinander verbunden seien. Vom unteren Stockwerk/Zimmer, dem Unbewußten (=Es), gelange man durch die Kontrolle des (ersten) Zensors in das "Vorbewußte". In diesem "Vorzimmer" zum eigentlichen Bewußtsein lagerten sämtliche Erinnerungen, die vom "Salon", dem "Bewußtsein", direkt erreicht werden können (= erinnert, vergegenwärtigt, bewußt gemacht werden können). Über/hinter dem Kontrollpunkt des (zweiten) Zensors läge das dritte Stockwerk/Zimmer, das "Bewußtsein".
- (35) Einer der radikalen Kritiker der Psychoanalyse ist BANNISTER (1966), der das zugrundeliegende Menschenbild durch folgende "Szenenbeschreibung" charakterisiert: "So scheint die psychoanalytische Theorie den Menschen im Grunde als ein Schlachtfeld darzustellen. Er lebt in einem dunklen Keller, in dem für alle Zeiten eine wohlgezogene alte Jungfer und ein sexwütiger Affe in tödlichem Kampf liegen, und der Schiedsrichter in diesem Kampf ist ein ziemlich nervöser Bankangestellter" (Bannister 1966; zit. nach Argyle 1972, S. 419).
- (36) Vgl. zur Persuasion z. B.: Pongratz 1973, S. 68 f.; Becker/Reiter 1975, S. 279 ff.
- (37) Vgl. als Einführung in die "rational-emotive Therapie": ELLIS (1977a), ESCHENRÖDER (1977) oder das Buch von ELLIS (1962/1977b). Verhaltenstherapeutische Adaptationen stehen kurzgefaßt bei MEICHENBAUM (1977).
- (38) Der Hinweis von Anna FREUD auf die Gefahren des Abwehrmechanismus "Wendung gegen die eigene Person", der zusammen mit dem Mechanismus "Verkehrung ins Gegenteil" auftreten könne, wird von Annemarie DÜHRSEN ähnlich formuliert, indem

sie die Lebenseinstellung der Ressentimenthaltung für "vergleichsweise am gefährlichsten" hält. Ohne daß Annemarie DÜHRSSSEN Anna FREUD zitiert oder zitieren konnte, denn der Aufsatz von Anna FREUD wurde erstmals 1959 in der Zeitschrift "The Psychoanalytic Study of the Child" veröffentlicht, zieht sie Schlußfolgerungen, die in die gleiche Richtung zielen. Anna FREUD sagte: "Andererseits kommt es auch vor, daß Feindseligkeit und Aggression von den Objekten abgezogen und auf die eigene Person gewendet werden. Bei diesem Typus finden wir in der Folge schwere Depressionen, Minderwertigkeitsgefühle, Tendenzen zur Selbstbeschädigung und Selbstmordimpulse, die mehr oder weniger zur Ausführung drängen" (Anna Freud 1960, S. 17).

Parallel hierzu sagte Annemarie DÜHRSSSEN (1960, S. 347): "Vergleichsweise am gefährlichsten für die Lebensentwicklung eines Patienten ist die Ressentimenthaltung mit ihrem hilflos verbitterten Trotz gegen die Welt. Dies vor allem dann, wenn ein Patient die eigene positive und konstruktive Lebensplanung deshalb aufgibt, weil auf diesem Weg der Racheimpuls gelebt werden kann, der mit der Selbstbeschädigung auch die Welt schädigen soll."

- (39) Den Begriff Stellungnahme scheint Annemarie DÜHRSSSEN von HOFSTÄTTER (1967) übernommen zu haben. Innerhalb der Psychoanalyse und der anderen weiter unten vorzustellenden Schulen der Psychotherapie (GPT und VT) spielt dieser Begriff keine Rolle. Die Psychoanalytiker benutzen als Entsprechung den Begriff Deutung und Assoziation, Vorstellung etc., der jedoch eine etwas engere Bedeutung hat. Innerhalb der GPT spricht man von Klienten-Äußerung und Therapeuten-Verbalisierung (vgl. z. B. Bommert 1977, S. 62, 66, bes. 65 etc.). Die VT benutzt die Begriffe Reiz, Reaktion oder Verhalten.

In dem einführenden Lehrbuch HOFSTÄTTERS in die "Sozialpsychologie" (1967, S. 4) wird bereits im ersten Satz der Begriff Stellungnahme benutzt: "Als Teilgebiet der Psychologie beschäftigt sich auch die Sozialpsychologie mit den Stellungnahmen individueller Lebewesen, wobei es ihr im wesentlichen um menschliche Individuen geht." Der nächste Satz definiert diesen Begriff: "Als eine Stellungnahme bezeichnen wir einerseits das durch einen außenstehenden Beobachter registrierbare Verhalten, andererseits aber auch die eventuell nur der Introspektion zugänglichen gefühlsmäßigen und gedanklichen Bezugnahmen eines Individuums auf Sachverhalte und Personen seiner Umwelt bzw. auch die reflektierenden Bezugnahmen auf die eigene Person."

- (40) Eigentlich sollte das Wort "eigentlich" vom Analytiker nicht benutzt werden. Sie selbst differenziert aber zwischen zwei Arten von Therapeutendeutungen, den analytisch orientierten Stellungnahmen und den eigentlichen direkten analytischen Interpretationen von unbewußten Konflikten: "Nochmals wiederhole ich, daß in diesem Zusammenhang das Wort 'eigentlich' auf keinen Fall in den Mund des Analytikers gehört. Etwa in dem Sinn, daß einem Patienten, der

sich selbst für nachgiebig, liebevoll und bescheiden hält, unvermutet mitgeteilt wird, daß er oder sein 'Unbewußtes' eigentlich voll Aggressivität, Habgier oder sexueller Bedürftigkeit sei" (Dührssen 1960, S. 34).

- (41) In dem neuen Lehrbuch der Ausbilder des Verbandes der Gesprächspsychotherapeuten (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 1975, S. 126) wird diese Therapeutenregel so definiert oder umschrieben: "Inhaltlich ist diese Variable dadurch charakterisiert, daß der Th. (= Therapeut, Ergänzung W.K.) die emotional-affektiven Erlebnis-inhalte in den Kl.-Äußerungen (= Klienten-Äußerungen, Ergänzung W.K.) vom individuellen Bezugspunkt des Kl. wahrnimmt und sie korrekt, einfach verstehbar dem Kl. mitteilt."
- (42) Auf die Unterscheidung von primärem und sekundärem Narzißmus wollen wir hier nicht genauer eingehen; man vergleiche z.B.: Laplanche/Pontalis 1975, Bd. 1, S. 320 - 323 oder: Nagera 1976, S. 195 und 198.
- (43) Von dem Kinder- und Jugendpsychiater HARBAUER (1973, S. 130) wird diese Auffassung über die Ätiologie der Zwangskrankheiten als tiefenpsychologische Erfahrung weitergegeben. In seinem Leitfaden für den Arzt in der allgemeinärztlichen Praxis paraphrasiert er die obige Theorie von Annemarie DÜHRSEN wie folgt: "Tiefenpsychologische Erfahrungen weisen darauf hin, daß Kinder mit Zwangssymptomen bei ihrer motorischen Entfaltung, ihrem selbständigen Denken und bewußten Wollen in prägenden Lebensphasen, zum Beispiel im Ablauf der Sauberkeitserziehung, behindert wurden."
- (44) Die Abkürzungen bedeuten folgendes: I = Introversion, D = Depressivität, Si = Introversion beziehungsweise Extraversion (engl. social introversion), Hd = Hypochondrie, Hy = Hysterie, Sc = Schizoidie, Pp = Psychopathie (vgl. z.B. Blaser/Gehring 1972, S. 85 ff.).
- (45) Bei TAUSCH (1970), MINSEL (1974) und BOMMERT (1977) fehlt im Sachregister das Stichwort "Sexualität"!
- (46) Vgl. u.a.: Tausch 1970, S. 243; Bastine 1971, S. 463; Helm 1972, S. 37; Bastine 1973, S. 76; Pongratz 1973, S. 365 f.; Minsel 1974, S. 84; Schwartz 1975, S. 120; Bommert 1977, S. 83.
- (47) Als sprachliche Hauptkategorien des Psychotherapeuten haben sie erfaßt:
- Wortarten (z.B. Substantive, Verben)
 - Satzformen und Satzanfänge, Gedankensprünge
 - psychotherapeutische Reaktionen (z.B. Interaktionen, Gesprächsinhalte, VEE)
- Die Gesprächsmerkmale der Klienten waren:
- Anzahl der Wörter
 - Anzahl unterschiedlicher Gesprächsinhalte
 - SE (vgl. Hiss/Minsel 1976, S. 172 f.)

- (48) Der negative Pol wird wie folgt beschrieben: "Der Klient - schildert Situationen, Probleme und u. U. auch seine Gefühle; diese Schilderungen scheinen jedoch vom gegenwärtigen Erleben des Klienten weit entfernt zu sein. Der Klient stellt Externales oder auch Emotionales wie aus der Vogelperspektive dar; seine Rückerinnerungen lösen offensichtlich kein emotionales Echo in ihm aus" (zit. n. Bommert 1977, S. 90).
- (49) Eine entsprechende deutschsprachige Definition von DAHLHOFF & BOMMERT wird von BOMMERT (1977, S. 54) zitiert.
- (50) Das englische Original lautet: "Experiencing is the organism's interaction with all the environment, therefore it is implicitly very rich" (Gendling 1974; zit. n. Bommert 1977, S. 54).
- (51) Als nächster Satz folgt jedoch sogleich die kritische Abgrenzung des "wahren" Gesprächspsychotherapeuten vom psychoanalytischen "Irrgläubigen": "Auf Grund der Nähe dieser Variablen zu deutendem, interpretierendem Vorgehen wird sie innerhalb des kl.z.Modells bereits von ihrem Konzept her eher zurückhaltend betrachtet" (a.a.O.).
- (52) Der amerikanische Originaltext lautet: "The therapist's genuineness in the relationship: The third condition is that the therapist should be, within the confines of this relationship, a congruent, genuine, integrated person. It means that within the relationship he is freely and deeply by his awareness of himself. It is the opposite of presenting a facade, either knowingly or unknowingly" (Rogers 1957; zit. n. Bommert 1977, S. 79).
- (53) Der erste ausgelassene Satz lautet: "Der Psychotherapeut ist klar er selbst in allen seinen Äußerungen, ob diese Äußerungen nun persönlich bedeutungsvoll oder schlicht sind." Der Schlußsatz heißt: "Aber es ist klar, wann immer er einführendes Verstehen kommuniziert oder wann immer er gar einen Rat oder Interpretation geben sollte oder an Erfahrungen teil hat, daß er in hohem Maße er selbst ist, so daß seine Äußerungen mit seinem inneren Erleben zusammenfallen" (a.a.O.). Diese beiden Sätze wurden in die Anmerkung übernommen, weil sie keine neuen Informationen darüber liefern, was "echt" bedeutet.
- (54) Vgl. bes. die kommentierten Literaturvorschläge in: Deutsche Jugend 26/1978/2, S. 83 - 92.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- AHLHEIM, R. u. a. (1971) Gefesselte Jugend. Fürsorgeerziehung im Kapitalismus. Frankfurt a. M. 1971.
- AMELANG, M., W. ZAWORKA (1976) Lernziel Unsolidarität. In: Psychologie heute 3/1976/5, S. 11 - 18.
- AMMON, G. (Hrsg. 1974) Psychotherapie der Psychosen. München 1974.
- APEL, K.-O. (1974) Hermeneutik. In: WULF 1974, S. 277- 282.
- ARGYLE, M. (1969/1972) Soziale Interaktion. Köln 1972.
- BACH, G. R., Haja MOLTER (1976) Psychoboom. Wege und Abwege moderner Psychotherapie. Köln 1976.
- BACHMANN, C. H. (Hrsg. 1972) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Frankfurt a.M. 1972.
- BAETHGE, M. (1975) Die Integration von Berufsbildung und Allgemeinbildung als Forschungskonzept für die Berufsbildungsforschung. In: ROTH/FRIEDRICH 1975, S. 253 - 302.
- BALLY, G. (1961) Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Mit Originaltexten Freuds. Reinbek bei Hamburg 1968.
- BARBACH, Lonnie Garfield (1975/1977) For Yourself. Die Erfüllung weiblicher Sexualität. Frankfurt a. M., Berlin, Wien 1977.
- BARTELS, P. (1970) Pädagogischer Bezug. In: SPECK/WEHLE 1970, Bd. 2, S. 268 - 287.
- BASTINE, R. (1971) Einführung in die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. In: Wege zum Menschen. Beiheft: Praxis der Familienberatung 23/1971/4, S. 481 - 486.
- Ders. (1973) Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. In: BERGOLD 1973, S. 67 - 87.
- BASTINE, R., Judith R. JACOBI (1976) Probleme der Psychotherapie. In: DEUTSCHES INSTITUT 1975, S. 59 - 83.
- BAUER, M. u. a. (1973) Psychiatrie. Eine Einführung. Stuttgart 1973.
- BAYER, G. (1974a) Verhaltensdiagnose und Verhaltensbeobachtung. In: KRAIKER 1974, S. 225 - 275.
- Ders. (1974b) Methodische Probleme in der Verhaltenstherapieforschung. In: KRAIKER 1974.

- BECKER, A. M., H. Reiter (1975) Persuasion. In: STROTZKA 1975, S. 279-- 292.
- BECKMANN, D. u. a. (1974) Forschung in der Psychoanalyse. In: SCHRAML/BAUMANN 1974.
- BEGRÜNDUNG zum Referenten-Entwurf eines Jugendhilfegesetzes, Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Bonn-Bad Godesberg 1974.
- BENSE, A. (1976) Erleben in der Gesprächspsychotherapie. Die Experiencing-Theorie Gendlins in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Weinheim 1976.
- BERGOLD, J. B. (Hrsg. 1973) Psychotherapie. Zwischen Selbstentfaltung und Kontrolle. München, Berlin, Wien 1973.
- BERNFELD, S. (1925) Psychologie des Säuglings. Wien 1925, Nachdruck o. J.
- BIERMANN, G. (Hrsg. 1969) Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 1 u. 2. München, Basel 1969.
- Ders. (1969) Zur Geschichte der analytischen Kinderpsychotherapie. In: BIERMANN 1969, S. 1 - 18.
- Ders. (Hrsg. 1976) Handbuch der Kinderpsychotherapie. Ergänzungsband. München 1976.
- BLANKERTZ, H. (1969) Theorien und Modelle der Didaktik. München 1969.
- Ders. (1971) Curriculumforschung - Strategien, Strukturierung, Konstruktion. Unter Mitarbeit von Adolf Kell u. a. Essen: Neue Deutsche Schule 1971.
- Ders. (1973) Fachdidaktische Curriculumforschung. Strukturansätze für Geschichte, Deutsch, Biologie. Essen 1973.
- Ders. (1974) Wissenschaftstheorie. In: WULF 1974, S. 630 - 634.
- BLASER, P., A. GEHRING (1972) MMPI. Ein programmierter Kurs zur deutschsprachigen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory von S. R. HATHAWAY und J. C. MCKINLEY. Bern 1972.
- BLÖSCHL, Lilian (1974) Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. Bern, Stuttgart, Wien 1974.
- BÖHNISCH, L. (Hrsg. 1973) Jugendarbeit in der Diskussion. Pädagogische und politische Perspektiven. München 1973.

- BÖTTGER, Petra u. a. (1977) Zum Informationsgehalt verhaltenstherapeutischer Untersuchungen - eine empirische Analyse. In: PETERMANN 1977, S. 103 - 140.
- BOMMERT, H. (1977) Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie - Praxis - Forschung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1977.
- BOSHOWITSCH, L. J. (1970) Die Persönlichkeit und ihre Entwicklung im Schulalter. Berlin 1970.
- BOTT, W. (1975) Psycho-soziale Jugendberatung. Skizze eines Modells. In: deutsche jugend 23/1975/4, S. 169 - 177.
- BOTT, W. u. a. (1975) Jugendberatung. Inhaltlicher und organisatorischer Rahmenvorschlag für Jugendberatungsdienste. München 1975.
- BRANDT, G. A. (1974) Pädagogik und soziale Arbeit, Umriss einer Erziehungslehre aus mehrdimensionaler Sicht. Neuwied, Berlin 1974.
- Ders. (1975) Psychologie und Psychopathologie für soziale Berufe. Mit einer Einführung in die Methoden der vertieften Einzelfallhilfe und der vertieften Gruppenarbeit. Neuwied und Berlin 1975.
- BÜHLER, Charlotte, Melanie ALLEN (1974) Einführung in die humanistische Psychologie. Stuttgart 1974.
- CARNAP, G. von (1976) Onanie oder die Sehnsucht nach dem Partner. In: Psychologie heute 3/1976/11, S. 37 - 39.
- CLAESSENS, D. (1962) Familie und Wertsystem. Berlin 1962.
- CLAUB, G. u. a. (Hrsg. 1976) Wörterbuch der Psychologie. Köln 1977.
- COFER, Ch. N. (1975) Motivation und Emotion. München 1975.
- DAVITER, J. (1973) Der Lehrling im Betrieb. Hamburger Lehrlingsstudie der Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg, Bd. 2. München 1973.
- DELAY, J., P. PICHOT (1963/1971) Medizinische Psychologie. Ein Kompendium. Stuttgart 1971.
- DERSCHATTA, E. (1974) Frei? Zeit? Heim? München 1974.
- DEUTSCHES INSTITUT für Fernstudien an der Universität Tübingen u. a. (Hrsg. 1975) Funkkolleg Beratung in der Erziehung Weinheim und Basel 1975 f.
- DIAGNOSESCHLÜSSEL und Glossar psychiatrischer Krankheiten (1975) DEGWITZ, R. u. a. (Hrsg.). Berlin usw. 1975.

- BIEMER, A. (1975) Leben - Lernen - Kämpfen. Bericht aus einem unabhängigen Jugendzentrum. In: betrifft: erziehung 8/1975/7, S. 28 - 35.
- DÖRNER, K., Ursula PLOG (1972) Sozialpsychiatrie. Psychische Leiden zwischen Integration und Emanzipation. Neuwied, Berlin 1972.
- DORSCH, F. (1963) Psychologisches Wörterbuch. Hamburg, Bern 1963.
- DREVER, J., W. D. FRÖHLICH (1952/1968) dtv-Wörterbuch zur Psychologie. München 1968.
- DRITTER JUGENDBERICHT (1972) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). Bonn-Bad Godesberg 1972.
- DÜHRSSSEN, Annemarie (1954/1972) Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle Neurosenlehre. Göttingen 1972.
- Dies. (1960) Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1960.
- Dies. (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen 1972.
- DÜHRSSSEN, Brigitte u. a. (1975) Individualpsychologie. In: KEIL 1975, Sp. 512 - 519.
- EISSLER, K. R. (1966) Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertätierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. In: Psyche 1966/10 u. 11, S. 837 - 872.
- ELLIS, A. (1962/1977b) Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München 1977.
- Ders. (1977a) Übungen zum Erwachsenwerden. Die rational-emotionale Psychotherapie. In: Psychologie heute 4/1977/1, S. 65 - 69.
- ESCHENRÜDER, C. (1977) Wie Selbstgespräche unsere Gefühle und unser Verhalten beeinflussen. In: Psychologie heute 4/1977/1, S. 70 - 72.
- EYSENCK, H.-J., RACHMAN (1965/1971) Neurosen - Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. Berlin 1971.
- FEDERN, E. (1976) Ich-psychologische Aspekte in der Psychotherapie von Jugendlichen. In: BIERMANN 1976, S. 65 - 73.
- FLORIN, Irmela, Lutz von ROSENSTIEL (1976) Leistungsstörung und Prüfungsangst. Ursachen und Behandlung. München 1976.

- FRANKL, V. E. u. a. (Hrsg. 1959 ff.) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. 1 - 5. München 1959 - 1961.
- FREUD, Anna (1927/1973) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München 1973.
- Dies. (1936/1975) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München 1975.
- Dies. (1960) Probleme der Pubertät. In: Psyche 14/1960/1, S. 1 - 24.
- FREUD, S. (1892 ff.) Gesammelte Werke. Frankfurt a.M. 1952 ff.
- Ders. (1905/1965) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt a.M. 1965; auch in G. W. V, S. 27 - 146.
- FRIEDLÄNDER, W. A., H. PFAFFENBERGER (Hrsg. 1974) Grundbegriffe und Methoden der Sozialarbeit. Neuwied, Berlin 1974.
- FROHBURG, Inge (1976) Zur Indikation von Psychotherapiegesprächen. In: HELM 1976, S. 75 - 89.
- FROHBURG, Inge, J. HELM (1976) Wirkung und Messung der Selbstexploration in psychotherapeutischen Gesprächen. In: HELM 1976, S. 126 - 141.
- FÜRSTENAU, P. (1970) Institutionsberatung - ein neuer Zweig angewandter Sozialwissenschaft. In: Gruppendynamik 1970/1, S. 219 - 233.
- Ders. (1972) Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. Eine sozialmedizinische Studie. In: Psyche 26/1972/6, S. 423 ff.
- Ders. (1972a) Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. In: BACHMANN 1972, S. 18 - 57.
- GESELLSCHAFT für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. -GwG. (Hrsg. 1975) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München 1975.
- GLEISS, Irma u.a. (1973) Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt a. M. 1973
- GLOVER, E. (1928/1955) Die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart 1955.
- GLUNTZ, U. u. a. (1975) Beratung für Arbeiterjugendliche. In: deutsche jugend 23/1975/11, S. 513 - 518.
- Ders. u. a. (1977) Jugendberatung. Ein Bericht aus der dreijährigen Praxis der Konflikt- und Bildungsberatung für Arbeiterjugendliche. Berlin 1977.

- GÖRRES, A. (1965) Methode und Erfahrungen der Psychoanalyse. München 1965.
- GOLDSTEIN, M. (1975) Masturbation. In: KEIL 1975, Sp. 678 - 683.
- GOTHE, L., R. KIPPE (1975) Aufbruch. 5 Jahre Kampf des SSK: von der Projektgruppe für geflohene Fürsorgezöglinge über die Jugendhilfe zur Selbsthilfe verelendeter junger Arbeiter. Köln 1975.
- GRAESSNER, D., K. HEINERTH (1975) Empirische Befunde der Ergebnisforschung in der Gesprächspsychotherapie. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 163 - 171.
- GRAUMANN, C. F. (1970) Motivation. Frankfurt a.M., Bonn, Stuttgart 1970.
- GROEGER, G. (1975) Eheberatung. In: KEIL 1975, Sp. 206 - 221.
- HAAG, F. u. a. (Hrsg. 1972) Aktionsforschung. Forschungsstrategien, Forschungsfelder und Forschungspläne. München 1972.
- HABERMAS, J. (1968) Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'. Frankfurt a. M. 1968.
- HALDER, Petra (1973) Verhaltenstherapie. Stuttgart 1973.
- HARBAUER, H. (1975) Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Leitfaden für die Praxis. Köln-Lövenich 1975.
- HART, J. T. (1970) The development of client-centered therapy. In: HART/TOMLINSON 1970, p. 3 - 22.
- HART, J. T., T. M. TOMLINSON (Eds. 1970) New directions in client-centered therapy. Boston 1970.
- HARTIG, Monika (1974) Die Anwendung von Techniken der Selbstkontrolle in der Verhaltenstherapie. In: KRAIKER 1974, S. 325 - 350.
- HARTMANN, K. (1973) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie dissozialer Jugendlicher. In: Praxis der Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatrie 22/1973/4, S. 125 - 131.
- HAUG, Frigga (1972) Kritik der Rollentheorie und ihrer Anwendung in der bürgerlichen deutschen Soziologie. Frankfurt a. M. 1972.
- HEDERER, J. (1974) Praxis- und Methodenlehre. Teil 2: Methodenlehre. München 1974.
- HEINEN, J., G. WELBERS, B. WINDSZUS (1972) Lehrlingsausbildung - Erwartung und Wirklichkeit (WEMA-Institut für empir. Sozialforschung). Mainz 1972.
- HELM, J. (Hrsg. 1972) Psychotherapieforschung. Berlin 1972.

- HELM, J. (1972) Psychotherapeutische Gespräche als Gegenstand der Forschung. In: HELM 1972, S. 27 - 48.
- HELM, J. u. a. (Hrsg. 1976) Neurosenpsychologie. Berlin 1976.
- Dies. (Hrsg. 1976a) Klinisch-psychologische Forschungen. Ergebnisse und Tendenzen. Berlin 1976.
- HENNINGSSEN, J. (1966) "Enzyklopädie". Zur Sprach- und Bedeutungsgeschichte eines pädagogischen Begriffs. In: Archiv für Begriffsgeschichte. Bd. 10. Bonn 1966.
- Ders. (1971) Erziehungswissenschaft leichtgemacht. Essen 1971.
- Ders. (1975) Hermeneutik. In: SPEICHERT 1975, S. 168 - 171.
- HENNENHOFER, G., K. D. HEIL (1976) Angst überwinden. Selbstbefreiung durch Verhaltenstraining. Reinbek bei Hamburg 1976.
- HESSE, P. G., G. TEMBROCK (Hrsg. 1974) Sexuologie. Bd. 1. Leipzig 1974.
- HISS, Hella, W.-R. MINSEL (1976) Sprachmerkmale von Psychotherapeuten und ihren Klienten im Verlauf der Psychotherapie. In: JANKOWSKI 1976, S. 170 - 180.
- HOFFMANN, N. (1976) Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie. Salzburg 1976.
- HOFFMANN, N., M. FRESE (1975) Verhaltenstherapie in der Sozialarbeit. Salzburg 1975.
- HOFFMANN, S. O. (1975) Die Charakterneurose. Bemerkungen zur Geschichte des Begriffs, zur spezifischen Dynamik und zum analytischen Prozeß. In: Psyche 28/1975/5, S. 399 - 420.
- HOFSTÄTTER, P. R. (1967) Sozialpsychologie. Berlin 1967.
- HOLLAND, J., B. F. SKINNER (1961/1975) Analyse des Verhaltens. München 1975.
- HONIG, M.-S. (1976) Jugendinformationszentrum München: Kontakt - Rat - Hilfe. In: deutsche jugend 23/1975/9, S. 395-396.
- HORNSTEIN, W. (1976) Beratung im Jugendalter. In: DEUTSCHES INSTITUT 1976, SBB 8, S. 29 - 52.
- Ders. (1977a) Beratung in der Erziehung - Ansatzpunkte, Voraussetzungen, Möglichkeiten - eine Einführung. In: HORNSTEIN u. a. 1977, Bd. 1, S. 21 - 60.
- Ders. (1977b) Jugendberatung. In: HORNSTEIN u. a. 1977, Bd. 2, S. 503 - 543.
- HORNSTEIN, W. u. a. (1975) Lernen im Jugendalter. Ergebnisse, Fragestellungen und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung. Stuttgart 1975.

- HORNSTEIN, W. u.a. (Hrsg. 1977) Funkkolleg Beratung in der Erziehung, Bd. 1 und 2. Frankfurt a. M. 1977.
- HUBER, G. (1974) Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart, New York 1974.
- HÜLSTER, M. (1973) Innovationsorientierte Jugendberatung in den Niederlanden. In: BÖHNISCH 1973, S. 316 - 326.
- Ders. (1976) Jugendberatung in den Niederlanden - Kritische Bestandsaufnahme nach fünf Jahren. In: Neue Praxis 6/1976/1, S. 21 - 28.
- INGENKAMP, K., E. PAREY (Hrsg. 1970) Handbuch der Unterrichtsforschung. Bd. 1 - 3. Weinheim 1970.
- IRLE, M. (1975) Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen usw. 1975.
- JACOBI, Judith R., R. BASTINE (1977) Theorien III: Theorien und Elemente psychotherapeutischer Beeinflussung - Gegenüberstellung. In: HORNSTEIN u.a. 1977, S. 445 - 479.
- JAMES, W., K. WILDHAGEN (1938) Englisch-Deutsches, Deutsch-Englisches Wörterbuch in zwei Bänden. Band 1 Englisch-Deutsch. Leipzig 1938.
- JANKOWSKI, P. u. a. (Hrsg. 1976) Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den 1. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28.9. - 4.10.1974. Im Auftr. d. Ges. f. Wiss. Gesprächspsychotherapie (GwG). Göttingen usw. Zürich 1976.
- JÜLISCH, Beate (1972) Zur Analyse von Merkmalen der "Selbstexploration" der Patienten. In: HELM 1972, S. 161 - 172.
- JUNKER, H. (1973) Das Beratungsgespräch. Zur Theorie und Praxis kritischer Sozialarbeit. München 1973.
- Ders. (1977) Familientherapie. In: HORNSTEIN u. a. (Hrsg. 1977), S. 481 - 502.
- KAMINSKI, G. (1970) Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum. Stuttgart 1970.
- KANFER, F. H., A. P. GOLDSTEIN (Hrsg. 1977) Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München, Wien, Baltimore 1977.
- KANFER, F. H., J. S. PHILLIPS (1970/1975) Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München 1975.
- KEIL, S. (Hrsg. 1975) Familien- und Lebensberatung. Ein Handbuch. Stuttgart, Berlin 1975.
- KIERNAN, T. (1974/1976) Psychotherapie. Kritischer Führer durch Theorien und Praktiken. Frankfurt a. M. 1976.
- KIESLER, D. J. (1966/1977) Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In: PETERMANN 1977, S. 7 - 50.

- KINSEY, A. C. u.a. (1948/1955) Das sexuelle Verhalten des Mannes. Berlin, Frankfurt a.M. 1955.
- Dies. (1953/1966) Das sexuelle Verhalten der Frau. Berlin, Frankfurt a. M. 1966.
- KIRCHNER, F. Th. u. a. (1977) Interne und Externe Validität empirischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung. In: PETERMANN 1977, S. 51 - 102.
- KLAFKI, W. (1972) Der Begriff der Didaktik und der Satz vom Primat der Didaktik (im engeren Sinne) im Verhältnis zur Methodik. In: KLAFKI 1972, S. 55 - 88.
- Ders. (1974) Curriculum - Didaktik. In: WULF 1974, S. 117-128.
- KLAFKI, W. u. a. (Hrsg. 1972) Erziehungswissenschaft 2. Eine Einführung. Frankfurt a. M. 1972.
- KLEIN, Melanie (1932/1973) Die Psychoanalyse des Kindes. München 1973.
- KÖRNER, H.E. u. a. (1973) Erzieherische Sonderhilfen. Neue Hilfsangebote für obdachlose und nichtseßhafte Kinder und Jugendliche. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 24/1973/11, S. 420 - 430.
- KOHLBERG, L. (1963) The development of children's orientation toward a moral order: I. Sequence in the development of moral thought. In: Vita humana 1963/6, S. 11 - 33.
- KOLLEGESCHULE NW -ARBEITSKREIS OBLIGATORIK- Kultusministerium NW (Hrsg. 1977) Strukturskizze für den Obligatorischen Lernbereich. Maschinenschr. Manuskript, Drucks.-Nr. KS 202/77. Düsseldorf 1977.
- KOVEL, J. (1977) Kritischer Leitfaden der Psychotherapie. Frankfurt a.M., New York 1977.
- KRAIKER, C. (Hrsg. 1974) Handbuch der Verhaltenstherapie. München 1974.
- KRAMBECK, J., A. LORENZER (1975) Verstehen, Hermeneutik und "falsches Verständigtsein". In: SCHRAML/BAUMANN 1975, S. 147 - 166.
- KROFF, D. (1976) Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie. Göttingen usw. 1976.
- KUTSCHA, G. (Hrsg. 1975) Ökonomie an Gymnasien. Ziele, Konflikte, Konstruktionen. München 1975.
- Ders. (1975) Qualifikationsbedarf und Bildungsanforderungen im "kaufmännischen" Arbeitsprozeß. Ein Strukturgittermodell zur didaktischen Vermittlung ökonomischer Fachkompetenzen in der integrierten Sekundarstufe II. In: KUTSCHA 1975, S. 196 - 230.

- KUTTER, P. (1975) Neurosen. In: KEIL 1975, Sp. 702 - 711.
- LANGE, E., G. BÜSCHGES (1975) Aspekte der Berufswahl in der modernen Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1975.
- LANGEN, D. (1971) Psychotherapie. Kompendium für Studierende und Ärzte. Stuttgart 1971.
- LAPLANCHE, J., J. B. PONTALIS (1967/1975) Das Vokabular der Psychoanalyse. Bd. 1,2. Frankfurt a. M. 1975.
- LATURNER, Sybille, B. SCHÖN (Hrsg. 1975) Jugendarbeitslosigkeit. Materialien und Analysen zu einem neuen Problem. Reinbek bei Hamburg 1975.
- LEITFADEN Stufe I der gewerkschaftlichen Jugendbildung (1973) Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand Abteilung Jugend (Hrsg.). Frankfurt a. M. 1973.
- LENZEN, D. (1973) Ein didaktisches Strukturgitter für den deutschen Sprachunterricht. In: BLANKERTZ 1973, S. 100-154.
- LEVY, Kata (1960/1969) Simultananalyse einer Mutter und ihrer jugendlichen Tochter. In: BIERMANN 1969, Bd. 2, S. 647-658.
- LUBIN, B., W. B. EDDY (1973) Das Labor - Trainingsmodell: Wissenschaftliche Grundlagen, Methode und einige Gedanken zur Weiterentwicklung. In: SAGER u. a. 1973, S. 1054-1096.
- LÜDERS, W. (1967) Lern- und Leistungsstörungen. Ein Beitrag zur Psychoanalyse der Arbeitsstörungen. In: Psyche 1967/5, S. 915 - 939.
- Ders. (1974) Psychotherapeutische Beratung. Theorie und Technik. Göttingen. 1974.
- MAIR, H. (1976) Jugend, Gesellschaftsstruktur und Erziehung. München 1976.
- MALE, P. (1976) Psychotherapie bei Jugendlichen. Krisen und Probleme in der späten Pubertät. München 1976.
- MANDEL, Anita u. a. (1971) Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. München 1971.
- MANDEL, K. H. u. a. (1975) Einübung der Liebesfähigkeit. Praxis der Kommunikationstherapie für Paare, Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. Bd. 2. München 1975.
- MANNZMANN, Anneliese (1973) Vorüberlegungen zu einer Didaktik der Soziohistorie. Dimensionierung des Faches Geschichte. In: BLANKERTZ 1973, S. 28 - 99.

- MARTIN, B. (1973/1976) Psychopathologie. München 1976.
- MARTIN, D.G. (1975) Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß. Salzburg 1975.
- MASTERS, W. H., Virginia E. JOHNSON (1970/1973) Impotenz und Anorgasmie. Frankfurt 1973.
- MEHR CHANCEN für die Jugend (1974) -zu Inhalt und Begriff einer offensiven Jugendhilfe-. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). Bonn-Bad Godesberg 1974.
- MEICHENBAUM, D. (1977) Methoden der Selbstinstruktion. In: KANFER/GOLDSTEIN 1977, S. 407 - 450.
- MENCK, P. (1972) Ansätze zur Erforschung von Unterrichtsmethoden in der BRD. In: MENCK/THOMA 1972, S. 158 - 185.
- MENCK, P., G. THOMA (Hrsg. 1972) Unterrichtsmethode. Intuition, Reflexion, Organisation. München 1972.
- MENNINGER, K. A., Ph. S. HOLZMAN (1958/1977) Theorie der psychoanalytischen Technik. Stuttgart, Bad Cannstatt 1977.
- METZGER, W. (1940/1963) Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. Darmstadt 1963.
- MEYER, H. L. (1972) Einführung in die Curriculum-Methodologie. Mit einem Vorwort von Herwig Blankertz. München 1972.
- MINSEL, W.-R. (1973) Gesprächspsychotherapie bei dissozialen Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatrie 22/1973/4, S. 131 - 135.
- Ders. (1974) Praxis der Gesprächspsychotherapie. Grundlagen - Forschung - Auswertung. Wien, Köln, Graz 1974.
- MOLLENHAUER, K. (1964) Einführung in die Sozialpädagogik. Probleme und Begriffe der Jugendhilfe. Weinheim, Basel 1974.
- Ders. (1974) Erziehungswissenschaft. In: WULF 1974, S. 199 - 204.
- MOLLENHAUER, K. u. a. (1975) Die Familienerziehung. München 1975.
- MOSER, T. (1972) Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Zum Verhältnis von soziologischen, psychologischen und psychoanalytischen Theorien des Verbrechens. Frankfurt a. M. 1972.

- NAGERA, H. (Hrsg. 1976) Psychoanalytische Grundbegriffe. Eine Einführung in Sigmund Freuds Terminologie und Theoriebildung. Frankfurt a. M. 1976.
- NAHRSTED, W. (1973) Entstehung und Aufgaben der Freizeiterziehung. In: Pädagogische Rundschau 1973/2.
- NEEL, Ann F. (1969/1974) Handbuch der psychologischen Theorien. München 1974.
- NEW HORIZON YOUTH CENTRE. Annual Report 1973/74 (1974) London 1974.
- NEW HORIZON YOUTH CENTRE. Annual Report 1974/75 (1975) London 1975.
- OENTER, R. (1969) Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth 1969.
- PEARSON, G. H. J. (Hrsg. 1968/1972) Handbuch der Kinder-Psychoanalyse. Einführung in die Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen nach den Grundsätzen der Anna-Freud-Schule. München 1972.
- PETERMANN, F. (Hrsg. 1977) Psychotherapieforschung. Ein Überblick über Ansätze, Forschungsergebnisse und methodische Probleme. Weinheim und Basel 1977.
- PETERS, H. H. (1974) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Mit einem englischen und französischen Glossar. Studienausgabe. München, Berlin, Wien 1974.
- PETZOLD, H. (1975) Ich bin O.K., du bist so lä lä. Eric Bernes Transaktionale Analyse. In: Psychologie heute 2/1975/8, S. 35 - 43.
- PPAFFENBERGER, H. (1974) Einleitung zur deutschsprachigen Ausgabe: Das Theorie- und Methodenproblem in der sozialen und sozialpädagogischen Arbeit. In: FRIEDLÄNDER/PPAFFENBERGER 1974, S. XIX - XLII.
- PFEIFER, W. M. (1975) Erziehungsberatung. In: KEIL 1975, Sp. 316 - 323.
- Ders. (1975) Zur Erfassung des therapeutischen Prozesses mit Hilfe komplexer Skalen. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 155 - 161.
- PIAGET, J. (1954) Das moralische Urteil beim Kinde. Zürich 1954.
- PLOG, Uschi (1975) Partner-Therapie. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 204 - 211.

- PONGRATZ, L. J. (1973) Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Psychologische Grundlagen der Psychotherapie. Göttingen 1973.
- PONGRATZ, L., H. O. HÜBNER (1959) Lebensbewährung nach öffentlicher Erziehung. Eine Hamburger Untersuchung über das Schicksal aus der Fürsorge-Erziehung und der Freiwilligen Erziehungshilfe entlassener Jugendlicher. Neuwied, Berlin 1959.
- PONGRATZ, L. J. u. a. (Hrsg. 1977) Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie. 1. Halbband. Göttingen 1977.
- QUINT, H. (1975) Zur Psychodynamik von neurotischen Versatzungszuständen im Jugendalter. In: Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie 24/1975/8, S. 273 - 276.
- RACHMAN, S. (1971/1974) Wirkungen der Psychotherapie. Darmstadt 1974.
- REFERENTEN-ENTWURF eines Jugendhilfegesetzes (1974), Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). Bonn-Bad Godesberg 1974.
- REINHERZ, Helen et al. (1976) Shared Perceptives - A Community Counseling Center for Adolescents. In: Adolescence 11/1976/42, S. 167 - 179.
- RICHTER, H. E. (1976) Die Rolle des Familienlebens in der kindlichen Entwicklung. In: Familiendynamik 1/1976/1, S. 5 - 24.
- RÖHM, H. (1974) Pubertät. Aspekte einer Konfliktlösung. Starnberg 1974.
- ROGERS, C. R. (1942/1972) Die nicht-direkte Beratung. München 1972.
- Ders. (1951/1973) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München 1973.
- Ders. (1958) A process conception of psychotherapy. In: Am. Psychologist 13/1958, p. 142 - 149.
- Ders. (1959) A tentative scale for the measurement of progress in psychotherapy. In: RUBINSTEIN/PARLOFF 1959, p. 96 - 107.
- Ders. (1961/1973) Entwicklung der Persönlichkeit, Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart 1973.
- Ders. (1972/1975) Partnerschule. München 1975.
- Ders. (1975) Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: GESELLSCHAFT für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 1975, S. 11 - 24.

- ROTH, N., D. FRIEDRICH (1975) Bildungsforschung. Probleme - Perspektiven - Prioritäten. Teil 1. Stuttgart 1975.
- RUBINSTEIN, E.A., U. B. PARLOFF (Eds. 1959) Research in Psychotherapy. Washington 1959.
- SAGER, C. J. u. a. (Hrsg. 1973) Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie. Bd. 1 - 3. München 1973.
- SCHILD, H. (1975) Empirische Befunde zum Einfluß von Psychotherapeutenmerkmalen auf den gesprächstherapeutischen Prozeß. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 124 - 137.
- SCHMIDBAUER, W. (1975) Heilungschancen durch Psychotherapie. München 1975.
- SCHMIDTCHEN, S., S. KAATZ (1976) Gesprächspsychotherapie bei Jugendlichen. In: BIERMANN 1976, S. 222 - 230.
- SCHNAEL, S. (1974) Funktionelle Sexualstörungen. In: WESSE/TEMBROCK 1974, Bd. 1, S. 368 - 414.
- SCHOFIELD, M. (1969) Das sexuelle Verhalten junger Leute. Reinbek bei Hamburg 1969.
- SCHRÖDER, G. (1977) Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen und Hinweise aus der Praxis. München 1977.
- SCHRAML, W. J., U. BAUMANN (Hrsg. 1974) Klinische Psychologie. Bd. 1,2. Bern 1974.
- SCHULTE, D. (1973) Verhaltenstherapie bei dissozialen Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 22/1973/4, S. 136 - 143.
- SCHULTE, D. (Hrsg. 1975) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München 1974.
- SCHULTE, D. (1974) Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In: SCHULTE 1974, S. 75 - 104.
- SCHULTE, W., R. TÖLLE (1971) Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1971.
- SCHUMACHER, D. (1975) Verschwiegenheit und Zeugnisverweigerung. In: KEIL 1975, Sp. 1092 - 1097.
- SCHURIAN, W. (1976) Jugendfeindlichkeit. Jugendliche als diskriminierte Minderheit. Weinheim und Basel 1976.
- SCHWAGER, K. H. (1970) Methode und Methodenlehre. In: SPECK/WEHLE 1970, Bd. 2, S. 93 - 128.

- SCHWARZER, Alice (1975) Der "kleine Unterschied" und seine großen Folgen. Frauen über sich, Beginn einer Befreiung. Frankfurt a. M. 1975.
- SEEMAN, J. (1965) Perspectives in client-centered Therapy. In: WOLMAN 1965, p. 1215 - 1229.
- SEGAL, Hanna (1974) Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk. München 1974.
- SEIBT, F. (1977) Psychoanalytische Charakterlehre. Die Ansätze der Persönlichkeitstheorien. München, Basel 1977.
- SEIFFERT, H. (1970) Einführung in die Wissenschaftstheorie 2. Geisteswissenschaftliche Methoden: Phänomenologie - Hermeneutik und historische Methode - Dialektik. München 1970.
- SIGUSCH, V., G. SCHMIDT (1973) Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. Stuttgart 1973.
- SONNECK, G. (1976) Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: BIERMANN 1976, S. 92 - 98.
- SOWADE, Ch. u. a. (1975a) Kooperative Jugendberatung Quiddestraße. Erster Teil: Zur Konzeption einer "informativen Freizeitpädagogik". In: deutsche jugend 23/1975/8, S. 349 - 358.
- Ders. u. a. (1975b) Kooperative Jugendberatung Quiddestraße. Zweiter Teil: Neue Vermittlungsformen in der Jugendberatung. In: deutsche jugend 23/1975/9, S. 417 - 425.
- SPECHT, F. (1967) Sozialpsychiatrische Gegenwartsprobleme der Jugendverwahrlosung. Stuttgart 1967.
- SPECK, J., G. WEHLE (Hrsg. 1970) Handbuch pädagogischer Grundbegriffe. Bd. 1 und 2. München 1970.
- SPEICHERT, H. (Hrsg. 1975) Kritisches Lexikon der Erziehungswissenschaft und Bildungspolitik. Reinbek bei Hamburg 1975.
- SPEIERER, G.-W. (1975) Der gruppentherapeutische Ansatz nach dem Konzept der Gesprächspsychotherapie. Klientenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 195 - 203.
- SPIEL, W. (1976) Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart 1976.
- STAHL, C. D., W. PANZER (1973) Die Jugendberatung der Stadt Stuttgart. In: Unsere Jugend 25/1973/1, S. 19 - 23.
- STARK, Elke (1975) Anspruch und Wirklichkeit der Berufsberatung für Hauptschüler. In: Demokratische Erziehung 1/1975/3, S. 35 - 46.

- STASCHEIT, M. (1975) Wird das Zeugnisverweigerungsrecht weiter verweigert? In: Neue Praxis 5/1975/3, S. 202 - 205.
- STIERLIN, H., K. RAVENSCHOF (1974) Trennungskonflikte bei Jugendlichen. In: Ztschr. für Psychoanalyse und ihre Anwendung 28/1974/8, S. 719 - 746.
- STORK, J. (1973) Vorwort. In: SEGAL 1974, S. 7 - 8.
- STROTZKA, H. (1972) Einführung in die Sozialpsychiatrie. Reinbek bei Hamburg 1972.
- Ders. (Hrsg. 1975) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München 1975.
- SWOBODA, H. (1975) Jugendberatung. In: hessische jugend 27/1975/5. und 6, S. 12 - 14.
- TAUSCH, R. (1970) Gesprächspsychotherapie. Göttingen 1970.
- Ders. (1973) Gesprächspsychotherapie. 5. erg. Auflage. Göttingen 1973.
- Ders. (1977) Ergebnisse und Prozesse der Gesprächspsychotherapie. In: HELM u. a. 1976, S. 153 - 166.
- TEEGEN, F. u. a. (1975) sich ändern lernen. Anleitungen zur Selbsterfahrung und Verhaltensmodifikation. Reinbek bei Hamburg 1975.
- THOMA, G. (1971) Zur Entwicklung und Funktion eines "didaktischen Strukturgitters" für den politischen Unterricht. In: BLANKERTZ 1971, S. 67 - 96.
- THOMA, H. (1963-64) Die Neo-Psychoanalyse Schultz-Henckes. Eine historische und kritische Betrachtung. In: Psyche 17/1963 - 64/1 und 2, S. 44 - 128.
- ULLRICH DE MUYNCK, Rita, T. FORSTER (1974) Selbstsicherheits-training. In: KRAIKER 1974, S. 351 - 368.
- WATSON, D. L., R. G. THARP (1972/1975) Einübung in Selbstkontrolle. Grundlagen und Methoden der Verhaltensänderung. München 1975.
- WATZLAWICK, P. u. a. (1969) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern 1969.
- WEBER, W. (1974) Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis. Ein Lernprogramm mit kurzen Lernimpulsen, konkreten Hinweisen und vielen praktischen Übungen. München, Basel 1974.
- WELT, H.-J. (1974) Erfahrungen mit einem Informationszentrum für Jugendliche. In: deutsche jugend 22/1974/4, S. 178 - 183.

- WENDT, H. (1974a) Das Pervertieren der Sexualität. In: HESSE/TEMBROCK 1974, S. 427 - 440.
- Ders. (1974b) Therapie. In: HESSE/TEMBROCK 1974, S. 446 - 448.
- WILD, Agnes (1975) Die Persönlichkeitstheorie von Rogers und die Ziele des psychotherapeutischen Handelns. In: GESELLSCHAFT 1975, S. 61 - 71.
- WINKEL, R. (1977) Pädagogische Psychiatrie für Eltern, Lehrer und Erzieher. Eine Einführung in neurotische und psychotische Schul- und Erziehungswirklichkeiten. München 1977.
- WOLMAN, B. B. (Ed. 1965) Handbook of clinical psychology. New York 1965.
- WULF, C. (Hrsg. 1974) Wörterbuch der Erziehung. München, Zürich 1974.
- WYSS, S. (1970) Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklungen, Probleme, Krisen. Göttingen 1970.
- Ders. (1977) Weitere tiefenpsychologische Ansätze. In: PONGRATZ u. a. 1977, S. 926 - 952.
- YALOM, I. D. (1974) Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. München 1974.
- ZAUNER, J. (1976) Ablösungskonflikte und Elternarbeit in der Adoleszenz. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52/1976/8, S. 306 - 310.
- ZAUNER, J., Angelika STIEBER (1976) Klinische Psychotherapie von Jugendlichen. In: BIERMANN 1976, S. 73 - 92.
- ZEH, Rosemarie (1968) Anonyme Sprechstunde. In: Unsere Jugend 20/1968/10, S. 457 - 458.
- ZETTEL, Ortrud (1972) Modellhafte Aktivitäten in Jugendämtern der BRD. Beratung und soziale Gruppenarbeit als vorbeugende Maßnahme der Jugendhilfe. München 1972.
- ZINNECKER, J. (1974) Unterrichtsforschung. In: WULF 1974, S. 199 - 204.
- ZUR ENTSTEHUNG, Arbeitsweise und Zielvorstellung der Kontakt- und Beratungsstelle/Bln. In: Soziale Arbeit 21/1972/2, S. 57 - 66.
- ZWEITER FAMILIENBERICHT (1975) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). Bonn-Bad Godesberg 1975.

Lebenslauf

Am 19. Dezember 1944 wurde ich als zweites Kind von sieben Kindern des Bauingenieurs Anton Kovermann und seiner Ehefrau Agnes, geb. Rygusiak, in Hameln geboren.

Meine Schulzeit begann 1951 in der Volksschule Münster und endete 1965 mit dem Abitur des Hittorf-Gymnasiums in Münster.

Nach dem Wehrdienst studierte ich zunächst von 1967 bis 1972 Psychologie, legte 1969 die Vordiplom-Prüfung und 1972 die Hauptdiplom-Prüfung ab. Vom WS 1968/69 bis WS 1974/75 studierte ich Volkswirtschaftslehre in Münster.

In einem Aufbau- bzw. Zweitstudium seit dem WS 1972/73 besuchte ich Veranstaltungen in Erziehungswissenschaft, Soziologie und Psychologie in Münster.

Seit Mai 1972 bis Oktober 1975 war ich am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Münster als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig, arbeitete in einer psychotherapeutischen Praxis bis April 1978. Zur Zeit arbeite ich als Klinischer Psychologe in einem Allgemeinkrankenhaus auf einer neurologisch-psychiatrischen Abteilung.

